

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

N° 28

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 4 avril 1900, à 1 heure

PAR

Ch. CABANIOLS

Né à Rodez (Aveyron) le 6 novembre 1874

DES KYSTES TUBO-OVARIENS

Président : M. PINARD, Professeur.

Juges : MM. {
BRISSAUD, Professeur.
GILLES DE LA TOURETTE, Agrégé.
LEPAGE, Agrégé.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

IMPRIMERIE DES THÈSES
DE LA
FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
OLLIER-HENRY

11 ET 13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE
PARIS

—
1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 4 avril 1900, à 1 heure

PAR

Ch. CABANIOLS

Né à Rodez (Aveyron) le 6 novembre 1874

DES KYSTES TUBO-OVARIENS

Président : M. PINARD, Professeur.

Juges : MM. {
BRISSAUD, Professeur.
GILLES DE LA TOURETTE, Agrégé.
LEPAGE, Agrégé.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical



IMPRIMERIE DES THÈSES

DE LA

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

OLLIER-HENRY

11 ET 13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

PARIS

1900

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	CH RICHET
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....	DEBOVE.
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE
Histologie.....	CORNIL.
Opérations et appareils.....	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale.....	BERGER.
Thérapeutique.....	POUCHET.
Hygiène.....	LANDOUZY.
Médecine légale.....	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.....	BRISAUD.
	CHANTEMESSE.
Clinique médicale.....	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	{ HAYEM.
Clinique des maladies des enfants.....	{ DIEULAFOY.
Clinique des maladies syphilitiques.....	{ GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'en- céphale.....	{ FOURNIER.
Clinique des maladies nerveuses.....	{ JOFFROY.
	{ RAYMOND
Clinique chirurgicale.....	{ TERRIER.
	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
Clinique ophtalmologique.....	{ TILLAUX.
Clinique des voies urinaires.....	{ PANAS.
Clinique d'accouchement.....	{ GUYON.
	{ BUDIN.
	{ PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	DUPRÉ.	LEPAGE.	THIROLOIX.
ALBARRAN.	FAURE.	MARFAN.	THOINOT.
ANDRÉ.	GAUCHER.	MAUCLAIRE.	VAQUEZ.
BONNAIRE.	GILLES DE LA	MENÉTRIER.	VARNIER.
BROCA Auguste.	TOURETTE.	MERY.	WALLICH.
BROCA André.	HARTMANN.	ROGER.	WALTHER.
CHARRIN.	LANGLOIS.	SEBILEAU.	WIDAL.
CHASSEVANT.	LAUNOIS.	TEISSIER.	WURTZ.
DELBET.	LEGUEU.	THIERY.	
DESGREZ.	LEJARS.		

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PINARD

Membre de l'Académie de Médecine
Chevalier de la Légion d'Honneur

A MON EXCELLENT MAÎTRE

MONSIEUR F. LEGUEU

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris
Chirurgien des Hôpitaux.

PRÉFACE

Dans le courant de l'année 1899, notre maître, Monsieur le professeur agrégé Legueu opéra deux femmes qui présentaient : l'une un double kyste tubo-ovarien, l'autre un kyste de la même nature du côté droit; il a bien voulu attirer notre attention sur ces tumeurs et nous a engagés à faire de leur étude le sujet de notre thèse.

Nous avons à cœur, avant d'aller plus loin, d'exprimer notre vive reconnaissance et nos respectueux remerciements, à cet excellent maître dont nous sommes heureux de pouvoir nous dire l'élève; son enseignement si clair et si précis, restera pour nous le plus sûr des guides dans le cours de notre pratique. Qu'il nous soit donc permis de lui exprimer tous nos sentiments de respectueuse gratitude pour les nombreux conseils qu'il a bien voulu nous donner et pour les nombreuses marques d'intérêt qu'il a bien voulu nous prodiguer depuis près de trois ans que nous suivons son service à l'Hôpital Saint-Louis.

Que M. le professeur Budin, MM. Du Castel, Moizard, Hirtz, Gouraud de la Faculté et des Hôpitaux de Paris veuillent bien nous permettre de leur adresser l'expression de notre profonde reconnaissance.

A MM. les professeurs Jeannel, Mossé, Audry et Morel, de Toulouse, nos premiers maîtres, nous nous permettons aussi d'exprimer notre gratitude et nos remerciements.

A M. le professeur Pinard, qui nous a fait le grand honneur de vouloir bien accepter la présidence de notre thèse, nous adressons nos respectueux remerciements.

Dans les quelques pages que nous allons consacrer aux kystes tubo-ovariens nous étudierons après un court historique, l'anatomie pathologique, la pathogénie, les symptômes, le diagnostic et le traitement de ces tumeurs. Nous avons réuni toutes les observations qu'il nous a été possible de découvrir dans les livres français et étrangers, nous les rapporterons.

CHAPITRE I

HISTORIQUE

Il nous paraît que l'histoire des kystes tubo-ovariens peut être divisée en 2 périodes.

1° Une première période qui s'étend jusqu'en 1883 date des travaux de Richard. 2° Une deuxième période qui commence alors et s'étend jusqu'à nos jours.

1° Dans la première période, ces tumeurs ne sont l'objet d'aucune étude, elles sont méconnues et ignorées. Toutefois, on peut trouver avant 1853 des observations qui publiées sous des noms divers se rattachent très probablement en réalité à des kystes tubo-ovariens.

C'est tout d'abord Morgagni dans sa première lettre sur l'hydropisie, qui après avoir cité assez obscurément des cas de kystes de l'ovaire et des trompes dit : « je ne puis omettre l'observation de Sponius. Il s'agit d'un kyste qui bien isolé des viscères environnants, se continuait avec la trompe et communiquait avec la cavité de l'utérus de telle sorte qu'il s'écoulait constamment des parties génitales de la malade un peu de sérosité analogue à celle dont le sac lui même contenait 140 livres. ».

Peut-être s'agit-il d'un kyste tubo-ovarien dans l'observation de Frank. C'est l'histoire d'une femme chez laquelle une sérosité s'échappa jusqu'à la mort par l'utérus et le vagin à raison d'une livre par jour. Elle mourut de consommation et on trouva 130 livres de liquide glaireux dans la trompe gauche.

Peut-être en est-il de même de l'observation de Schmitt: signes de grossesse avec épaissement et dilatation du segment inférieur de la matrice. (Recueil d'observations sur les grossesses douteuses; 19^me observation traduct. de Stoltz).

Dans l'atlas de M^me Boivin et Dugès accompagnant leur Traité pratique des maladies de l'utérus et des annexes, on voit quelques figures désignées sous le nom d'hydropsies de la trompe et qui doivent probablement représenter des kystes tubo-ovariens.

Enfin il faut arriver en 1834 pour trouver la première observation nette, c'est celle de Blasius elle est publiée sous le titre d'hydropisie des ovaires.

2^o Les travaux de Richard en 1853 ouvrent la deuxième période. Le terme de kyste tubo-ovarien, inventé par Richard, paraît dès le premier de ses 3 mémoires. Dans le premier mémoire, il décrit quatre kystes tubo-ovariens, il s'efforce d'en expliquer la pathogénie, le second (1857) n'est que la confirmation du premier, dans le troisième (1857) il publie l'observation de deux malades chez lesquelles il croit pouvoir faire le diagnostic de kyste tubo-ovarien se fondant pour cela sur un symptôme qui n'a rien de pathognomonique comme nous le verrons plus tard.

Depuis 1853 il a été publié un certain nombre d'observations et de travaux importants touchant les kystes

tubo-ovariens ; il faut reconnaître que peu étudiés en France, c'est surtout en Allemagne, ensuite en Amérique et en Angleterre qu'ils ont été l'objet d'études nombreuses et approfondies.

En Allemagne nous devons citer les travaux de Rokitsky (1859), Hennig (1862), Weit (1870), Klebs (1876), Burnier (1880 et 81), Olshausen (1886), Schramm (1890), Rosthorn (1891), Gottschalk (1891), Zahn (1898), et Orthmann (1899).

A Berlin, les kystes tubo-ovariens ont fait le sujet des thèses de Reboul et Lober en 1885, de Beaucamp en 1884. A Halle le sujet de la thèse de Wachsmuth en 1885.

Nous trouvons d'autre part les observations et les mémoires d'Elliot (1887), et de Robinson (1891), Galdspohn (1896) en Amérique; de Thornton (1897), Spencer Wells (1883), Doran, Griffith (1887) en Angleterre.

En France, après Richard nous ne pouvons citer que les noms de Labbé (1857), Letenneur (1859), Bauchet (1859), et Terrillon (1888). M. Pozzi consacre aux kystes tubo-ovariens quelques lignes dans son *Traité de Gynécologie*.

La dernière communication de kyste tubo-ovarien a été faite, en juin 1889 par M. Legueu à la Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris. Enfin, nous publierons une observation inédite due à l'obligeance de M. Legueu et pour laquelle nous lui adressons nos remerciements ainsi que pour ses nombreux conseils qui nous ont permis de mener cette étude à bonne fin.

Nous ne nous étendrons pas plus longuement sur cet historique ; la plupart des auteurs qui ont publié des observations de kystes tubo-ovariens, ont publié également des théories sur leur pathogénie, nous les retrouverons plus tard.

CHAPITRE II

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous décrirons sous le nom de kyste tubo-ovarien, la tumeur formée par un kyste de l'ovaire communiquant avec la trompe correspondante (1).

Richard estime que l'on trouve un kyste tubo-ovarien sur 8 ou 10 kystes de l'ovaire. En réalité, ils doivent être considérés comme beaucoup plus rares. Olshausen dans une série de 300 ovariectomies n'a trouvé que 3 kystes tubo-ovariens. Robinson n'en a vu que deux, un chez la femme et un chez l'animal, il a cependant fait 200 laparotomies, 200 autopsies et examiné 225 animaux.

Dans les 37 observations que nous avons pu réunir et dont certaines ne présentent malheureusement pas toute la précision que l'on désirerait, nous voyons le kyste siéger 18 fois à droite, 10 fois à gauche; 4 fois le kyste était double, c'est-à-dire il en existait un à droite et un à gauche. Enfin, dans 5 observations, le côté intéressé n'est pas indiqué.

Le kyste ovarique communiquant avec la trompe peut-

(1) Nous considérons toutefois comme kyste tubo-ovarien le kyste désigné sous ce nom et décrit par Von Ott, il était formé par un kyste para-ovarien droit communiquant avec la trompe du même côté.

être uniloculaire, il peut être aussi multiloculaire. Nous voyons que dans 6 observations, il s'agit de kystes multiloculaires et dans toutes les autres de kystes uniloculaires.

Le volume n'est généralement pas excessif, variant entre celui d'un poing et celui d'une tête de fœtus ; mais il en est de beaucoup plus gros et de beaucoup plus petits, Rokitansky a trouvé un kyste gros comme une noix ; mais Hildebrandt en a opéré un dont le volume atteignait celui d'un utérus à terme et qui contenait 15 litres de liquide, le kyste tubo-ovarien était ici formé par un kyste multiloculaire.

La plus jeune femme atteinte de kyste tubo-ovarien avait 27 ans, la plus âgée avait 66 ans. La plus grande fréquence se manifeste entre 30 et 40 ans.

Huit fois seulement il est noté des accouchements ou des avortements dans les antécédents des malades.

Divers auteurs ont comparé la forme des kystes tubo-ovarien à celle d'une cornue, cette comparaison nous paraît assez exacte pour être conservée.

A la panse de la cornue correspond un kyste de l'ovaire ; à la tubulure, au col de la cornue correspond une trompe se confondant et communiquant vers son extrémité abdominale avec le kyste ovarien auquel elle adhère.

Nous étudierons donc :

1° Le tube formé par la trompe, portion tubaire du kyste.

2° La tumeur globulaire formée par le kyste de l'ovaire, portion ovarienne du kyste tubo-ovarien.

I. — Suivons la trompe à partir de l'utérus dont elle se

détache entre le ligament rond et le ligament utéro-ovarien ; libre sur une certaine longueur, nous la voyons ensuite devenir adhérente à la surface du kyste ovarien. Enfin, après avoir parcouru la surface de ce kyste, de dedans en dehors, elle se confond avec lui, paroi kystique et paroi tubaire offrant une continuité parfaite ; un sillon, un étranglement peut parfois marquer extérieurement cette transition.

La longueur de la trompe est intimement liée au volume du kyste ovarien sur lequel elle décrit un arc, voisin de 180° le plus souvent.

Presque toujours normal au voisinage de l'utérus, le diamètre de la trompe s'accroît en général progressivement au fur et à mesure que l'on se rapproche de l'extrémité abdominale, ce diamètre peut devenir considérable dans la partie terminale au voisinage de la communication avec le kyste ovarien. Certains kystes tubo-ovariens présentent une trompe irrégulièrement dilatée et sinueuse. Par contre, quelquefois, le canal tubaire n'a subi qu'une très légère augmentation de volume. La couleur, qui reste rosée, normale, lorsque la trompe est peu modifiée, devient blanc bleuâtre lorsque la dilatation est considérable.

La surface tubaire peut être lisse et brillante comme le péritoine environnant mais souvent elle est recouverte de fausses membranes.

Ouverte, la trompe peut présenter des altérations diverses. Les trompes très dilatées ont parfois des parois très minces, les trompes peu ou pas dilatées ont des parois tantôt amincies, tantôt épaissies, tantôt ayant conservé une épaisseur à peu près normale. La couche musculaire peut-être dissociée, amincie, détruite même lorsque la dilatation est forte. La muqueuse est trouvée dans certains cas à peu près intacte ayant conservée ses

plis et son épithélium. Elle peut être épaissie. Dans les grosses trompes elle est amincie, blanchâtre, souvent dépouillée de son épithélium. On a trouvé des muqueuses tubaires recouvertes de végétations. Quelquefois la muqueuse a disparu surtout dans les trompes présentant une grande dilatation.

L'ostium uterinum est tantôt obstrué, tantôt perméable.

Du côté de son extrémité abdominale, la trompe s'ouvre par un orifice rond ou ovale dans la cavité du kyste. Il n'y a pas d'extrémité abdominale libre, on ne voit plus extérieurement de pavillon, pas même de traces des franges ; dans un cas cependant, celui de Blasius « les franges adhéraient à l'extérieur avec la surface antérieure de la tumeur à la façon des doigts de la main ».

II. — La partie globulaire en général assez volumineuse sur laquelle rampe la trompe adhérente dans laquelle elle débouche et dont il est impossible de la séparer est formée par un kyste ovarien. Toutefois il ne serait pas exact de dire que ses parois sont uniquement formées par celles d'un kyste ovarien, habituellement une portion de paroi, une zone autour de l'embouchure de la trompe est formée par la partie la plus externe de celle-ci. C'est dire que l'orifice de communication ne siège pas à l'ostium abdominale même mais correspond à un anneau sur le trajet de la trompe.

Les kystes de l'ovaire quoique anatomiquement de même nature peuvent être divisés cliniquement en kystes uniloculaires et multiloculaires. C'est tantôt un kyste uniloculaire qui communique avec la trompe, tantôt aussi une loge de kyste multiloculaire, et cette loge peut à son tour communiquer avec une loge voisine.

Quoi qu'il en soit, cette partie globulaire des kystes

tubo-ovariens, d'origine surtout ovarienne est de forme sphérique. Son volume est en général comparable à celui de la masse formée par un poing fermé ou par deux poings réunis. Parfois cependant il est beaucoup plus petit et atteint à peine celui d'une noix (Rokitansky), parfois aussi il est beaucoup plus considérable, et dans le cas d'Hildebrandt, la tumeur ovarienne était comparable à un utérus au neuvième mois de la grossesse.

Cette partie offre ordinairement une coloration blanc bleuâtre. La surface peut être lisse et brillante ; on la trouve aussi recouverte de fausses membranes, d'adhérences plus ou moins nombreuses unissant la tumeur aux organes voisins.

À la coupe, la paroi se présente sous une épaisseur très variable. Quelquefois très mince, elle atteint d'habitude une épaisseur de un à trois millimètres. On trouve assez souvent, des restes des tissus ovariens sous forme d'épaississements de la paroi, épaississements qui souvent renferment aussi quelques petites cavités kystiques plus ou moins nombreuses. Lorsque l'on a à faire à un kyste multiloculaire, on trouve l'aspect qu'offrent habituellement ceux-ci ; la trompe communique avec une loge qui à son tour peut communiquer avec une autre.

Au microscope, la paroi présente la structure ordinaire de la paroi des kystes de l'ovaire.

Lorsque l'on examine la surface interne de la tumeur on lui trouve habituellement une coloration blanc grisâtre. L'attention est tout d'abord attirée vers l'orifice qui conduit dans la portion tubaire du kyste tubo-ovarien. Cet orifice ordinairement sans rétrécissement annulaire est le plus souvent capable de laisser passer le pouce ou l'index. La trompe ne s'arrête pas à cet orifice ; tout autour de lui existe une zone de la paroi de la portion globu-

laire formée par la paroi tubaire. Partant de l'orifice sur cette zone on voit les plis de la muqueuse tubaire se continuer, rayonnants, s'affaiblissant en s'éloignant, finissant par s'effacer. Cette zone tubaire présente une largeur plus ou moins grande; au delà la surface interne est lisse ou finement réticulée, la paroi n'est plus formée que par celle du kyste de l'ovaire. Les portions tubaires et ovariennes portent chacune l'épithélium qui leur est propre.

Dans deux des kystes opérés par M. Legueu, la zone de transition entre la trompe et le kyste de l'ovaire présente d'une façon particulièrement nette un tissu cicatriciel.

La surface interne de la partie ovarienne peut présenter des saillies formées par des kystes inclus dans la paroi.

Les franges du pavillon, ou du moins leurs vestiges peuvent se retrouver souvent aisément à l'intérieur du kyste. Dans quelques cas, on les a vues flotter librement dans le liquide, à l'intérieur du kyste, on les a vues encore sous forme de lambeaux membraneux adhérents à la paroi par leurs deux extrémités et libres dans leur partie moyenne.

Le plus souvent, on les retrouve sous forme d'épaississements, de saillies à l'intérieur sur la paroi kystique ovarienne.

Rappelons que dans un cas seulement, celui de Blasius, on les a vues à l'extérieur appliquées sur la paroi à la façon des doigts de la main.

Enfin, Galdspohn principalement a attiré l'attention sur un point particulier dans la conformation des kystes tubo-ovariens; nous devons en dire un mot. Étant donné que la trompe est couchée sur la paroi du kyste, elle s'ouvre obliquement dans ce kyste, le repli angulaire

formé à l'orifice de communication, analogue à celui formé par l'uretère en débouchant dans la vessie, ne pourrait-il pas ici aussi jouer le rôle de clapet. Grâce à ce clapet, dans les kystes tubo-ovariens, ne pourrait-il pas arriver que le liquide contenu dans la grosse cavité soit dans l'impossibilité, plus ou moins complète suivant la perfection du clapet, de passer dans la trompe? Celle-ci serait donc de la sorte protégée contre l'action dilatante de la pression du liquide contenu dans le kyste ovarien.

Dans les kystes tubo-ovariens qui ont fait l'objet de la description qui précède et dont nous avons comparé la forme à celle d'une cornue, le kyste ovarien formait la partie la plus volumineuse et le canal tubaire une partie plus petite couchée par-dessus.

Par contre, dans les kystes tubo-ovariens décrits, l'un par Kôtschau l'autre par Runge et Thoma, le rapport est renversé, le kyste de l'ovaire est tout petit à côté du gros canal tubaire avec lequel il communique.

Dans le cas de Kôtschau il s'agit d'un volumineux sac tubaire communiquant avec un petit kyste ovarien.

Il en est de même dans l'observation de Runge et Thoma. De plus, ici, il est nettement indiqué que la trompe communique avec le kyste ovarien par une ouverture latérale au lieu de déboucher dans ce kyste par son extrémité.

Nous devons enfin mentionner un cas, celui de Von Ott, dans lequel on voit un kyste du parovarium communiquer avec un hydrosalpinx.

Cette observation a comme nous le verrons plus loin une importance considérable relativement aux hypothèses possibles sur la pathogénie des kystes tubo-ovariens.

Il nous a été impossible de trouver un kyste tubo-

ovarien formé par un kyste dermoïde de l'ovaire communiquant avec la trompe.

Nous avons étudié la forme des kystes tubo-ovariens et la constitution de leur paroi, nous devons maintenant dire quelques mots du liquide qu'ils contiennent.

Le liquide contenu dans les kystes tubo-ovariens est somme toute, pensons nous, un liquide complexe formé par le mélange du liquide produit par le kyste ovarien avec les sécrétions de la muqueuse tubaire. Mais c'est bien certainement le kyste de l'ovaire qui en produit la plus grande quantité. Ce liquide est généralement citrin, il peut-être brun, couleur chocolat.

Robinson a trouvé dans ce liquide des cellules épithéliales cylindriques et cubiques, des cellules ciliées, des cristaux d'hématoïdine, une substance hyaline ressemblant à du mucus, des grains de pigment. Traité par l'acide azotique, le liquide donne un précipité de paralbumine.

Zahn y trouve des cellules diverses, des leucocytes, des granulations de pigment, des globules sanguins, des cristaux d'hémoglobine, plus rarement de cholestérine.

Dans certains kystes on a pu trouver un contenu hémorrhagique ou purulent.

La quantité varie avec le volume de la tumeur. Hildebrandt a opéré un kyste tubo-ovarien contenant 15 litres de liquide.

Grâce à leur communication, le liquide contenu dans les parties tubaires et ovariennes est le même ; en pressant sur le kyste on arrive souvent à en faire sortir quelques gouttes du côté de l'utérus.

L'extrémité utérine et l'ostium abdominale étant souvent perméables, c'est souvent leur tonicité seule qui empêche l'évacuation du kyste ; dans d'autres cas, la

lumière tubaire n'est pas obstruée mais la trompe, s'enroulant sur le segment inférieur du kyste, est aplatie par le développement de celui-ci, ce qui s'oppose à l'évacuation, enfin, la trompe peut être atrésiée dans son extrémité utérine.

Dans la symptomatologie des kystes tubo-ovariens, il est souvent question d'écoulements parfois abondants, parfois périodiques au sujet desquels nous devons donner des explications.

Il est clair que si pour une raison quelconque, la trompe est ectasiée dans sa partie interne, le contenu du kyste pourra s'écouler au dehors d'une façon constante et uniforme.

Mais autrement curieux sont les écoulements qui surviennent brusquement et parfois presque périodiquement. On conçoit que soit par défaut d'extensibilité et surtout par hyperproduction brusque du liquide contenu dans le kyste, la pression à l'intérieur de celui-ci devienne rapidement assez intense pour vaincre la tonicité de la partie interne de la trompe, ou même, pour vaincre tout autre léger obstacle, le liquide s'écoulera alors brusquement et à flots au dehors, d'où écoulement brusque et abondant. Si après cela le canal tubaire reste largement ouvert le liquide continuera à s'écouler uniformément au dehors, le trop plein s'évacuera au fur et à mesure de sa production, d'où écoulement constant.

Mais il peut aussi arriver qu'une fois le trop plein évacué une partie du kyste vidée, la pression à l'intérieur abaissée, les parois tubaires reviennent sur elle-même et que la lumière de la trompe à son extrémité interne se rétrécisse; il se peut encore qu'une légère obstruction par tout autre mécanisme et une première fois détruite se reforme; dans ces conditions, le liquide ne cessant pas

d'être produit à l'intérieur du kyste, il s'accumule de plus en plus, la pression va donc à nouveau augmenter, redevenir ce qu'elle a déjà été, c'est-à-dire capable de vaincre les résistances de la partie interne de la trompe, d'où nouvel écoulement brusque et abondant.

Peut-être aussi, la valve, le clapet dont nous avons parlé, situé à l'embouchure de la trompe dans le kyste joue-t-il un rôle dans le phénomène dont nous venons de parler.

On a cru remarquer que les kystes tubo-ovariens présentant des écoulements intermittents, des débâcles, devenaient plus gros que les autres. Ce fait demandait une explication et Neelsen a cru la trouver dans la comparaison du kyste tubo-ovarien avec l'hydronéphrose et l'hydronéphrose intermittente. Dans l'hydronéphrose sans débâcles, la partie sécrétante du rein est rapidement détruite par la pression intérieure, d'où arrêt de la sécrétion et volume relativement petit de la tumeur. Dans l'hydronéphrose intermittente, à chaque débâcle, l'action des parties sécrétantes est exaspérée d'où sécrétion plus abondante et hydronéphrose de plus en plus volumineuse. (Neelsen).

On peut dire qu'à côté du kyste tubo-ovarien, les organes génitaux présentent toujours d'autres altérations. Bien rares sont les cas où l'on ne trouve pas notés dans les antécédents de la malade soit un avortement soit une infection. Souvent la femme a été antérieurement soignée pour une métrite ou une salpingite, elle a eu de la leucorrhée, des métrorrhagies, des douleurs pelviennes. L'infection par le gonocoque a souvent existé, si souvent que certains auteurs ont voulu attribuer à ce microbe et aux lésions qu'il provoque un rôle prépondérant dans la pathogénie des kystes tubo-ovariens. A

l'opération ou à l'autopsie on trouve un utérus souvent altéré dans son volume et dans sa constitution ayant contracté des adhérences, le péritoine pelvien est recouvert de fausses membranes. Les annexes du côté opposé à la tumeur lorsque celle-ci n'est pas bilatérale sont malades, on y trouve des degrés divers de salpingo-ovarite ainsi que des kystes de l'ovaire. Nous n'en voulons pour preuves que les observations de Schramm, de Wachsmuth, de Kötschau, de Von Ott, etc, auxquelles nous renvoyons.

Les kystes tubo-ovariens sont fixés à l'utérus par un pédicule généralement large, on y trouve le ligament utéro-ovarien, la trompe et les diverses parties qui entrent dans la composition du ligament large.

Il n'existe pas de pédicule lorsque le kyste tubo-ovarien est formé par la réunion de la trompe avec un kyste ovarien inclus dans le ligament large ou avec un kyste du parovarium.

Petit, le kyste reste dans le petit bassin, comprimant, refoulant l'utérus vers le côté sain. Plus tard, grossissant il sort du bassin s'élève dans la cavité abdominale entraînant l'utérus. Les kystes tubo-ovariens ne se conduisent pas, on le voit, d'une façon différente de celle des autres tumeurs qui comme les kystes de l'ovaire, les fibromes de l'utérus, nées dans le petit bassin restent tumeurs pelviennes tant que leur volume est faible et deviennent tumeurs abdominales lorsque ce volume devient plus considérable.

COMPLICATIONS.

Fréquemment, il existe des adhérences avec les organes voisins, adhérences qui sont parfois extrêmement étendues.

dues et extrêmement solides, elles rendent parfois très pénible l'ablation de la tumeur. Le kyste peut adhérer à l'intestin grêle, à l'épiploon, à la paroi du bassin, à l'S iliaque. Dans la plupart des observations il est question d'adhérences.

Les observations de Gottschalk, Elliot, Schramm, nous prouvent qu'il peut se produire des hémorrhagies à l'intérieur de la tumeur et un écoulement de sang à l'extérieur.

La rupture de la paroi du kyste n'a jamais été notée. Les kystes tubo-ovariens atteignent rarement des dimensions excessives. De plus, lorsque la pression à l'intérieur devient très forte, il peut se produire en général une évacuation par l'ostium uterinum.

La torsion du pédicule est chose rare, c'est tout au plus si dans une observation, celle de Wachsmuth il est question d'un léger degré de torsion. Il est possible de trouver une raison à la rareté de cette complication.

M. Legueu dans son récent travail sur la « Torsion des salpingites » définit comme conditions préexistantes favorables à la torsion : la mobilité de la salpingite, la minceur et la longueur du pédicule. Ces conditions favorables à la torsion des salpingites sont aussi favorables à la torsion des kystes tubo-ovariens, or ici elles existent rarement : Les kystes tubo-ovariens ont souvent des adhérences, donc leur mobilité est rare ; leur pédicule n'est ordinairement ni long ni mince, souvent même il n'y en a pas. Les conditions favorables étant exceptionnelles la torsion sera aussi exceptionnelle.

Nous arrivons maintenant à l'infection et à la suppuration du kyste. C'est une complication peu commune (4 fois sur 42 kystes) quoique les kystes tubo-ovariens paraissent présenter des conditions les plus favorables à

sa production. Nous laissons de côté l'infection par voie hématique certainement ici tout à fait exceptionnelle à côté de l'infection extérieure. En effet, dans beaucoup de cas, l'ostium uterinum est resté perméable il y a donc là pour pénétrer dans le kyste une voie bien ouverte aux bacilles qui voudront bien la suivre. Il est certainement extraordinaire de voir que la suppuration ne se produit pas plus fréquemment dans ces kystes tubo-ovariens en communication permanente avec l'extérieur et cela par l'intermédiaire de l'utérus le plus souvent infecté et ensuite du vagin toujours septique.

L'infection du kyste se manifeste par un groupe de symptômes importants que nous étudierons plus loin, mais cette infection peut elle-même entraîner une autre complication de la plus haute gravité c'est la péritonite.

Qu'il nous soit permis de dire ici quelques mots d'une complication envisagée comme possible par quelques auteurs seulement. Nous voulons parler du développement d'une grossesse dans un kyste tubo-ovarien préformé. Nous exposerons dans les lignes suivantes les idées de Vulliet et de Zahn qui se sont plus particulièrement occupés de cette question.

Vulliet le premier en 1885 publia une observation de grossesse extra-utérine qui lui parut être une grossesse développée dans un kyste tubo-ovarien préformé.

Il estima que le sac qui contenait l'œuf était un kyste tubo-ovarien ; ceci étant donné quelles étaient les conditions nécessaires et suffisantes pour qu'une grossesse ait pu se produire à l'intérieur de ce kyste ?

Il faut pour qu'une telle grossesse se développe qu'un ovule et un spermatozoïde se rencontrent à l'intérieur du kyste.

L'ostium uterinum est souvent perméable dans les kystes tubo-ovariens, on conçoit donc que les spermatozoïdes puissent franchir cet ostium et pénétrer à l'intérieur de la tumeur.

Reste la présence d'un ovule ; ici Vulliet rappelle que Burniera a constaté la présence de follicules de de Graaf dans la paroi du kyste tubo-ovarien qu'il a décrit en 1880. On peut donc, dit Vulliet, concevoir la possibilité d'une fécondation à l'intérieur du kyste.

Nous verrons que pour Zahn, les kystes tubo-ovariens doivent leur origine à l'emprisonnement de l'ovaire au milieu des franges lorsque celles-ci se replient, l'ovaire arrivant ainsi à former une portion de la paroi du kyste. Des follicules peuvent fort bien mûrir sur la face de cet ovaire tournée vers la cavité du kyste, l'ostium uterinum étant perméable la fécondation pourra se produire. (Zahn).

Vulliet et Zahn admettent que le liquide contenu dans le kyste ne s'oppose pas à la vie des spermatozoïdes et des ovules.

Mais dans ces kystes, l'œuf en se développant ne se conduira pas autrement que le liquide qu'ils contiennent d'habitude, c'est-à-dire que l'augmentation de volume de l'œuf distendra la paroi, provoquera l'augmentation de volume du kyste, tout comme l'aurait fait l'accumulation du liquide normal.

De telle sorte que l'œuf grossissant peu à peu et la paroi du kyste se laissant aussi peu à peu distendre, le fœtus pourra arriver à terme beaucoup plus fréquemment que dans n'importe quel autre genre de grossesse extra-utérine (Zahn).

Il est toutefois une complication à craindre, ajoute Zahn, c'est l'infection, la purulence de l'œuf. La trompe ouvrant directement sur les membranes fœtales et étant perméable

sur tout son trajet, des microbes pourront facilement arriver jusqu'à ces membranes provoquer leur ulcération et finalement la purulence de leur contenu c'est-à-dire du fœtus.

Vulliet, Andrée, Beaucamp, Poltauf, Schäffer, Rosthorn et Lihotzky ont publié des observations de grossesse extra utérines qu'ils prétendent être des grossesses développées à l'intérieur de kystes tubo-ovariens préexistants. Pozzi aurait aussi observé un cas de ce genre.

Toutefois les idées de Vulliet et de Zahn sont loin d'être généralement admises et l'idée de grossesses se développant dans un kyste tubo-ovarien préexistant est rejetée par un grand nombre d'auteurs.

CHAPITRE III

PATHOGÉNIE

Il fallait trouver une explication à la formation de ces tumeurs, c'est ce que la plupart des observateurs se sont ingéniés à trouver. Chaque théorie émise étant susceptible de critiques et ne paraissant pas expliquer tous les cas, chaque nouvel observateur a voulu à son tour en proposer une parfaite et générale, à son avis; aussi en trouverons-nous un nombre considérable.

Nous allons donc tout d'abord dans une première partie de ce chapitre exposer les théories et les idées émises de divers côtés sur la pathogénie des kystes tubo-ovariens. Cet exposé paraîtra peut être long et fastidieux, mais nous ne pouvons nous y soustraire.

Dans une deuxième partie, nous exposerons ensuite ce que, à notre avis, on peut penser de cette pathogénie nous appuyant pour cela et sur les observations antérieures et sur les pièces que nous avons sous les yeux.

I

C'est en 1853, pour la première fois, que nous trouvons un travail sur les kystes tubo-ovariens, il est dû à Richard

et publié dans les Mémoires de la Société de Chirurgie. Nous y trouvons 4 observations de kystes obtenus à l'autopsie et un essai d'explication qui est resté désigné sous le nom de « Théorie de l'ovulation ».

Le développement des kystes tubo-ovarien doit, suivant Richard, être attribué à une non oblitération de la vésicule de de Graaf après l'expulsion de l'ovule, à des adhérences qui se produisent entre les bords déchirés de la vésicule et le pavillon de la trompe et enfin, à la sécrétion par les parois de cette vésicule d'un liquide qui s'accumule peu à peu et distend bientôt les parties qui le contiennent.

« C'est, dit Richard, en pathologie quelque chose de tout à fait insolite qu'une tumeur kystique qui, presque à son début, sans inflammation vient se vider dans un canal excréteur ; et pourtant, cela est le résultat naturel de la physiologie et de ce jeu périodique qui met chaque mois en activité l'appareil génital interne de la femme. Un kyste se forme dans l'ovaire : la plupart du temps, pas toujours, c'est une vésicule de de Graaf qui parvenue à maturité, continue et dépasse son évolution au lieu de produire un corps jaune ; mais en même temps, l'oviducte est venu plaquer son pavillon sur cette vésicule, car ce concert admirable entre l'ovaire et son canal excréteur est la condition la plus essentielle mais aussi la plus chanceuse et la plus fragile du premier temps de la fécondation, de la ponte spontanée des ovules.

Que la vésicule se vide, rien de plus naturel : cela est dans sa destination. Mais qu'une fois vidée, elle continue à croître et d'exhaler, au lieu de se flétrir et nous avons alors la maladie complexe que j'ai essayé d'indiquer dans cette note et que désignerait assez bien la dénomination de kyste tubo-ovarien ».

Dans le *Bulletin de l'Académie de Médecine*, en 1857, Richard revient sur la même idée d'une façon un peu plus concise.

« Dans les kystes tubo-ovariens, une vésicule de de Graaf, sans doute celle là même qui va présider à la prochaine menstruation est assaillie par l'effort morbide qui doit faire d'elle un kyste de l'ovaire : mais un œuf arrivé à maturation y est contenu : pour le recueillir, le pavillon de la trompe s'applique à la vésicule, celle-ci se vide et jusqu'ici il semble que nous n'assistions qu'au merveilleux travail qui chaque mois provoque la ponte spontanée des ovules. Mais la scène change ; la vésicule malade ne se referme pas : car au lieu de former un corps jaune, elle continue de verser dans la trompe le liquide morbide qui la distend. C'est désormais un kyste de l'ovaire et ainsi s'accroissent ensemble, d'un côté la tumeur ovarienne, de l'autre la trompe incessamment distendue par le liquide qu'elle reçoit ».

Dans sa troisième publication, dans le *Bulletin général de thérapeutique*, Richard expose encore une fois la même théorie.

Rokitansky accepta la théorie de Richard mais il l'élargit, ayant observé deux cas de kystes tubo-ovarien et dans leur partie ovarienne une pigmentation jaune il émit l'hypothèse que ces kystes provenaient de la rupture d'un corps jaune kystique dans la trompe adhérente. Klob se rangea à cette opinion.

Spencer Wells admet de même que la portion pigmentée du kyste représente la couche jaune d'un corps jaune. Les franges du pavillon s'appliquent sur cette partie de l'ovaire où est imminente, la rupture d'un follicule de de Graaf arrivé à maturité pendant la période cataméniale, au lieu de se rétracter elles restent adh-

rentes à l'ovaire il s'en suit une hypersécrétion de liquide, un kyste se forme, Mais ajoute Spencer Wells, ce qu'il y a de curieux dans ces cas, c'est que la dilatation s'effectue très rapidement aux dépends de la partie ovarienne du kyste tandis que l'on aurait pu s'attendre à voir la partie tubaire céder la première à la pression du liquide; on peut regarder comme un fait probable la rupture d'un kyste ovarien préalablement formé aux dépends d'un corps jaune.

Veit crut devoir mettre en doute l'exactitude de la théorie de Richard pour ce qui a trait au rapprochement et à la réunion de l'ovaire et de la trompe. Il crut devoir les ramener à une cause non physiologique mais bien pathologique. Veit voulut voir dans les altérations de la trompe et du follicule le résultat d'une inflammation, d'un « catarrhe » qui aurait produit la soudure de ces deux parties et en dernier lieu leur communication. Le catarrhe tubaire produit une péritonite circonscrite et l'adhérence de la trompe à l'ovaire. Le catarrhe du follicule produit sa dilatation et sa rupture accidentelle dans la trompe.

F. B. Robinson après avoir observé un cas de kyste tubo-ovarien chez la femme et un cas chez l'animal, après avoir fait de nombreuses observations sur les organes génitaux au moment de la menstruation chez la femme ou du rut chez les animaux, publie en 1891 un travail très documenté. Il admet que les facteurs essentiels dans la formation des kystes tubo-ovariens sont : 1° La dégénérescence kystique de l'ovaire ; 2° la menstruation ; 3° une inflammation qui au moment de la menstruation produira l'adhérence définitive de la trompe à l'ovaire.

C'est là comme on le voit, une sorte de combinaison de la théorie physiologique, théorie de l'ovulation de

Richard et de la théorie inflammatoire qu'il expose de la façon suivante :

Dans le rut chez les animaux supérieurs ou dans la menstruation chez la femme, on voit la frange ovarienne se raccourcir, l'extrémité utérine est attirée vers l'ovaire l'orifice tubaire s'approche de la surface ovarienne.

La trompe ne choisit pas le point où elle va s'appliquer et où un œuf pourra murir, l'ovaire est simplement recouvert par le pavillon comme par un capuchon. A ce moment, lorsque l'ovaire est recouvert par le pavillon, la menstruation ou le rut se produisent. Robinson a observé cet état de choses huit fois par la laparotomie chez la femme, et aussi chez un grand nombre d'animaux, plus de 300 qui ont fait l'objet de ses recherches. Nous avons donc vu que la muqueuse du pavillon de la trompe est en contact avec la surface de l'ovaire, à ce moment la congestion aux points de contact est grande, congestion physiologique, difficile à différencier d'une congestion pathologique. Un mucus gluant et visqueux est sécrété, mucus qui agglutine, fait adhérer le pourtour des franges à la surface ovarienne. Cette adhérence physiologique est parfois forte, il faut une force considérable pour séparer la trompe de l'ovaire, lorsque l'on y parvient le mucus file entre les deux surfaces. Mais il peut arriver que le processus dépasse les limites de la physiologie, s'il se produit un état inflammatoire, les adhérences entre la trompe et l'ovaire s'organisent et deviennent extrêmement solides. L'inflammation est donc un facteur essentiel dans la genèse des kystes tubo-ovariens. L'autre facteur important est la dégénérescence kystique de l'ovaire, nous pourrions avoir un kyste d'un follicule aussi bien qu'un kyste d'un corps jaune. Le kyste pourra s'accroître et finalement se rompre dans la trompe adhé-

rente à l'ovaire. A ce moment, il peut très bien se faire que l'inflammation ait atteint toute la paroi tubaire, la muqueuse du côté de l'extrémité utérine est alors gonflée, épaissie elle ne permettra plus au contenu du kyste déversé dans la trompe de s'échapper à l'extérieur. La collection augmentera de plus en plus dans la trompe, la paroi tubaire et le tissu ovarien seront aussi distendus et étalés de plus en plus. Les follicules disparaissent au fur et à mesure que le tissu de l'ovaire s'amincit, la paroi tubaire toujours distendue peut s'altérer profondément et sa muqueuse disparaître même.

Robinson admet que l'inflammation, cause de l'adhérence entre la trompe et l'ovaire, est le plus souvent due au gonocoque. Dans le cas qu'il publie il retrouva une histoire nette d'infection gonococcique ; dans les lésions de la trompe et du péritoine pelvien observées, il veut aussi voir la signature du gonocoque.

Olshausen pense aussi que le gonocoque joue un rôle important dans la production des kystes tubo-ovariens comme cause de l'inflammation et de l'adhérence de l'ovaire avec la trompe.

Richard nous dit bien que la trompe s'applique sur l'ovaire pendant l'évolution mais il ne nous indique pas pourquoi les deux organes restent indéfiniment adhérents. Il ne nous donne aucune explication sur la présence des franges ou de leurs restes à l'intérieur du kyste.

Veit et Robinson nous donnent une raison de l'adhérence de la trompe à l'ovaire mais ils restent muets sur le deuxième point, savoir, la présence des franges à l'intérieur du kyste.

Burnier, élève de Schröder, publia en 1880 un mémoire dans lequel il exposa une théorie, en partant de l'inflammation de la trompe, de l'ovaire et du péritoine voisin.

Il s'est attaché à expliquer la présence des franges ou de leurs vestiges à l'intérieur du kyste et la continuité de la muqueuse tubaire sur une partie du kyste formé par l'ovaire.

Burnier admet une inflammation de la trompe et du péritoine au voisinage de l'ostium abdominale; les franges se renversent à l'intérieur de la trompe, elles se soudent par leur face péritonéale. On en arrive ainsi à un hydrosalpinx par accumulation de liquide à l'intérieur de la trompe. Cet hydrosalpinx va s'accroître de plus en plus. Grâce à cet accroissement et à l'inflammation du péritoine, l'extrémité tubaire pourra se souder à l'ovaire. Que maintenant, un follicule se trouve en cet endroit ou l'ovaire adhère à la trompe, il ne pourra que difficilement s'ouvrir, il ne le pourra même pas, il deviendra hydro-pique, il grossira; le tissu de l'ovaire sera étalé et aminci par cet accroissement. On a maintenant deux cavités : 1° la trompe transformée en un hydrosalpinx. 2° l'ovaire kystique. Nous avons vu que l'ovaire adhère à la trompe en son extrémité, au point où les franges sont renversées, il adhère donc à une partie de leur surface péritonéale. Les cavités ne sont séparées que par l'épaisseur des franges et la mince couche de tissu qui forme la paroi du kyste de l'ovaire. Grâce à l'accroissement continu de ces deux cavités, les franges accolées l'une à l'autre sont distendues; leurs adhérences entre elles finissent par se rompre, elles redeviennent enfin libres, la mince couche de tissu qui limite le kyste ovarien s'étant rompue en même temps; l'hydrosalpinx et le kyste ovarien communiquent donc maintenant. Par leur propre tonicité, les franges tendent à revenir à leur position première c'est-à-dire à se renverser vers l'extérieur, à s'épanouir, elles viennent ainsi flotter dans le liquide du kyste de l'ovaire.

Ultérieurement, elles s'appliqueront sur la surface interne de ce kyste, elles s'y souderont sur une étendue plus ou moins grande. elles pourront là, être distendues et étalées de plus en plus par l'accroissement du kyste tubo-ovarien à la constitution duquel on est arrivé. Nous nous sommes placés dans le cas habituel pour Brunier où l'on a un hydrosalpinx et un kyste folliculaire ; mais il accepte que au lieu de ce dernier, on puisse avoir à faire à toute autre formation kystique de l'ovaire.

Telle est l'interprétation de Burnier, pour le cas où l'on trouve des restes de franges à l'intérieur du kyste, lorsque les franges sont trouvées à l'extérieur (Blasius), il accepte que l'étalement des franges à la surface du kyste est consécutif à l'expansion de la tumeur ovarienne, la communication se réalisant ultérieurement par résorption de la cloison.

Gottschalk admet la théorie de Veit, mais il croit que dans certains cas les kystes tubo-ovariens se produisent par glissement de l'extrémité tubaire à l'intérieur d'un kyste de l'ovaire rompu.

Griffith estime que lorsqu'il existe un kyste de l'ovaire, sa paroi peut être détruite (par atrophie, par suppuration ou grâce à des végétations), en un point où la trompe et son pavillon lui sont adhérents.

Runge et Thoma ont observé un cas de kyste tubo-ovarien dans lequel on voyait la trompe fermée, transformée en un hydrosalpinx, communiquer par un orifice latéral avec un kyste de l'ovaire. Runge et Thoma acceptent donc que les kystes tubo-ovariens peuvent se produire par destruction des parois séparant un kyste de l'ovaire d'un hydrosalpinx. Ce même mécanisme est invoqué dans le cas de Von Ott, où le kyste était formé par la trompe dilatée communiquant avec un kyste du parovarium.

Rosthorn prétend qu'il n'y a pas de théorie capable d'expliquer tous les cas. Il y a plusieurs formes de kystes tubo-ovariens, elles ont des origines différentes.

1° Il existe un pyosalpinx, l'ovaire adhère, il se produit une collection dans l'ovaire, la cloison qui sépare les deux collections peut se détruire. Le point de départ a été ici la trompe.

2° Un kyste ovarien peut devenir purulent par infection, par voie sanguine. Inflammation péri-ovarienne, adhérence du pavillon, atrésie de la trompe, hydrosalpinx et ensuite évacuation du kyste dans la trompe.

3° Un kyste de l'ovaire peut s'ouvrir dans un hydrosalpinx adhérent, si ses parois sont détruites par des végétations.

4° Résorption par distension de la paroi séparant un kyste folliculaire d'un hydrosalpinx, lorsqu'ils sont arrivés à adhérer entre eux par péritonite.

5° Chute de la trompe dans un follicule rompu, soudure du pavillon avec la paroi folliculaire.

Nous ne croyons pas que ces idées puissent être entièrement acceptées, d'abord parce que la chute de la trompe dans un kyste paraît assez invraisemblable, ensuite parce que nous ne croyons pas que l'hydrosalpinx dérive du pyosalpinx.

Orthmann en 1899, publie une étude sur les kystes tubo-ovariens. Voici ses conclusions.

Il divise les kystes tubo-ovariens en deux groupes :

Dans le premier, la trompe est dilatée. Dans le deuxième, la trompe est à peu près intacte. Dans le premier cas, le kyste de l'ovaire a été la chose secondaire, dans le deuxième c'est le kyste de l'ovaire qui a débuté.

Pour le premier groupe, Orthman admet la théorie de Brunier : hydrosalpinx, adhérence à l'ovaire, kyste folli-

culaire au point de contact, distension des franges et leur-libération dans la cavité du kyste folliculaire.

Dans le deuxième groupe, l'affection débute par l'ovaire, par un kyste de l'ovaire, la trompe n'entre que pour une faible part dans la constitution du kyste.

Ici on peut supposer que le kyste s'est rompu et que les franges placées dans le voisinage de la déchirure sont tombées à l'intérieur du kyste. Mais on doit plutôt penser que par atrophie de sa paroi, le kyste s'est ouvert dans la trompe qui lui adhère.

En 1898, Zahn a publié une étude sur les kystes tubo-ovariens. Il conclut que ces kystes ne forment qu'une variété d'hydrosalpinx, que le kyste tubo-ovarien diffère de l'hydrosisie tubaire, seulement par le fait que, au moment où s'est produit l'oblitération du pavillon, l'ovaire a été saisi par les franges et s'est trouvé ainsi compris dans la paroi du kyste tubaire.

Nous ferons simplement remarquer que l'état anatomique décrit par Zahn ne répond nullement à celui que nous désignons sous le nom de kyste tubo-ovarien. Dans le kyste tubo-ovarien il y a un kyste ovarique en communication avec la trompe, pour qu'il y ait kyste tubo-ovarien il faut donc qu'il y ait eu kyste de l'ovaire. Dans les cas de Zahn il s'agit simplement d'hydrosalpinx auxquels adhère l'ovaire.

Toutes les théories que nous avons vues jusqu'ici ont du moins un point commun : elles admettent que les kystes tubo-ovariens naissent pendant la vie extra-utérine en conséquence d'un état pathologique ou physiologique de la trompe et de l'ovaire. Nous arrivons maintenant à une théorie qui veut assigner aux kystes tubo-ovariens une origine congénitale.

Schneidemühl ayant observé un kyste tubo-ovarien chez une jument et sans aucune trace d'altération du péritoine. Beaucamp ayant observé une grossesse qu'il considéra comme développée dans un kyste tubo-ovarien préexistant, prétendirent que les kystes tubo-ovariens avaient leur origine dans un vice de développement, dans une anomalie congénitale formée par la trompe venant se terminer en plein tissu ovarien. C'est « l'ovarialtube » de Beaucamp. Un « ovarialtube » est formé, dit Beaucamp, par « une trompe dont l'extrémité abdominale est confondue avec l'ovaire du même côté de telle manière que les deux organes se confondent sans aucune démarcation nette ».

On peut facilement objecter à Schneidemühl et à Beaucamp que l'existence d'un « ovarialtube » est une pure hypothèse. Schneidemühl a constaté l'intégrité du péritoine au voisinage de la tumeur, Robinson objecte à cela que chez certains animaux la péritoine se répare avec une très grande facilité et sans qu'il reste trace appréciable d'une altération antérieure. Quant à Beaucamp on peut lui objecter encore que ce qu'il a pris pour une grossesse dans un kyste tubo-ovarien préexistant, n'est en réalité qu'une grossesse tubo-ovarienne, la paroi de la poche étant secondaire au développement d'un embryon.

Robinson dans son mémoire publié en 1890 expose de quelle façon on peut concevoir l'origine congénitale du kyste tubo-ovarien, origine congénitale qu'il n'accepte du reste pas.

1° On peut supposer un véritable retour à un type primitif, un atavisme. Chez la femme, l'ovaire et la trompe ne sont reliés que par la frange ovarienne. Chez certains animaux au contraire, le contact des deux organes est intime, ils représentent exactement une glande et son canal excréteur. Chez la poule par

exemple l'ovaire se continue directement par l'oviducte; la production de kystes est ici bien facile, qu'il survienne une inflammation même légère et la glande avec son canal pourront être transformés en un kyste par rétention. Chez certains animaux encore, l'ovaire est placé dans une sorte de poche à l'extrémité de la trompe, l'ovaire ne peut être séparé des franges, (truie, chienne); la formation de kystes tubo-ovariens paraît ici aussi très facile. Ne pourrait-on pas admettre que, extraordinairement, chez la femme l'ovaire et l'extrémité du canal de Müller se sont quelquefois déplacés l'un vers l'autre; que même, l'ovaire s'est introduit dans l'extrémité du canal de Müller.

2° Enfin deuxièmement, on peut supposer qu'il s'est produit pendant l'existence du corps de Wolff une sorte d'ostium accessoire, de canal faisant directement communiquer l'ovaire et la trompe, on aurait ici encore exactement une sorte de glande (ovaire) avec son canal excréteur.

Inutile d'ajouter que ce sont là de pures hypothèses qui n'ont jamais été vérifiées.

II

En résumé, les divers auteurs qui se sont occupés de cette question ont cherché à ramener l'origine des kystes tubo-ovariens : 1° à un acte physiologique ; 2° à un vice de développement ; 3° à un processus pathologique inflammatoire.

La théorie physiologique de Richard et toutes celles qui ont la même base laissent inexplicables un certain nombre de points cependant d'une importance capitale. Richard nous dit que le pavillon adhère à l'ovaire au

moment de la menstruation, mais il ne nous dit pas pourquoi cette adhérence se maintient et devient définitive, Robinson nous donne une raison, mais ni l'un ni l'autre ne nous expliquent nullement la présence des franges à l'intérieur du kyste.

La théorie physiologique est insuffisante elle doit donc être rejetée.

La théorie qui veut faire des kystes tubo-ovariens un vice de développement. une anomalie congénitale ne doit être considérée que comme une hypothèse, comme de sans doute, mais toute gratuite ; elle n'a subi aucune vérification. Nous ne pouvons donc pas nous y arrêter, nous devons chercher d'un autre côté.

Ici qu'il nous soit permis de déplorer encore une fois le peu de précision et l'absence de clarté d'un certain nombre d'observations. L'obscurité de la description nous interdira toute conclusion sur quelques cas. (1)

Après avoir étudié les pièces qui ont été mises à notre disposition et étudié les diverses observations que nous avons pu réunir, il nous paraît que les kystes tubo-ovariens doivent être classés dans deux groupes, suivant l'état dans lequel se trouve la trompe.

Dans un premier groupe, nous placerons les kystes tubo-ovariens présentant une trompe profondément altérée dans sa forme et dans sa constitution anatomique.

La trompe est ici dilatée. ses parois sont amincies, elle est souvent sinueuse, les plis de sa muqueuse sont en grande partie effacés et elle présente en somme tous les caractères que l'on a l'habitude de rencontrer dans l'hydrosalpinx.

(1) Nous nous abstenons de toute conclusion sur les observations peu nettes ou incomplètes.

La trompe prend ici une large part à la formation de la cavité kystique.

Dans un deuxième groupe nous placerons les kystes tubo-ovariens qui présentent une trompe relativement intacte, avec une augmentation de volume minime. La trompe n'a ici nullement les caractères de l'hydrosalpinx elle contribue dans une faible mesure à la formation de la cavité kystique.

Les kystes du premier groupe sont des kystes tubo-ovariens formés par une communication entre un kyste ovarique et un hydrosalpinx,

Les kystes du second groupe sont des kystes tubo-ovariens formés par une communication entre un kyste ovarique et une trompe peu altérée, qui n'a jamais été un hydrosalpinx.

Nous allons étudier ces deux groupes et justifier l'origine que nous attribuons aux kystes qu'ils réunissent. (1)

I. — Kystes tubo-ovariens formés par la communication entre un kyste ovarique et un hydrosalpinx. Nous étudierons le processus qui a conduit à leur formation en nous appuyant sur des observations.

Grâce à une infection (gonocoque, etc.) la trompe est enflammée, le péritoine voisin l'est également. Il peut arriver que les franges du pavillon soient renversées à l'intérieur de la trompe et adhèrent intimement entre elles par leur surface péritonéale, c'est là un mode d'occlusion de l'ostium abdominale fréquent, décrit par Burnier en 1880, et par Raymond en 1895. D'autre part, l'ostium uterinum peut-être fermé par gonflement de la

(1) Pour le cas unique de Blasius où les franges ont été trouvées à l'extérieur nous estimons que l'on peut accepter l'explication de Burnier.

muqueuse, ou par accolement des parois. Dans cette trompe dont l'ostium abdominale est fermé et peut-être aussi l'ostium uterinum, les sécrétions de la muqueuse malade vont pouvoir s'accumuler et distendre les parois, nous aurons en fin de compte un hydrosalpinx.

L'inflammation qui a conduit à l'hydrosalpinx est bien capable d'amener l'adhérence de la trompe et de l'ovaire, et celui-ci peut-être kystique. Le kyste ovarique pourra donc occuper deux situations relativement à la trompe hydropique : 1^o il pourra adhérer à l'extrémité de la trompe; 2^o il pourra être placé tout contre la trompe sur son trajet, adhérent à sa paroi. Nous allons envisager ces deux cas.

1^{er} cas. Kyste ovarien adhérent à un hydrosalpinx à une place qui correspond à l'extrémité de la trompe.

Nous avons ici deux cavités, celle de l'hydrosalpinx et celle du kyste ovarique séparées par une cloison qui est formée d'un côté par la paroi du kyste, de l'autre côté par l'épaisseur des franges adhérentes entre elles. On conçoit fort bien qu'il puisse se produire ce que Burnier a décrit en 1880 : grâce à l'accroissement progressif de l'hydrosalpinx et du kyste, la cloison qui les sépare s'amincit, les franges sont distendues, finalement libérées et arrivent ainsi à flotter dans le liquide ou à se souder en dernier lieu à la surface interne de la paroi du kyste ovarien. La communication a été dès lors établie et le kyste tubo-ovarien formé. Ainsi s'explique l'ouverture de la trompe dans la cavité d'un kyste ovarien et la présence des franges ou de leurs restes libres à l'intérieur ou adhérentes à la paroi interne.

Il se peut encore que la trompe arrive à adhérer à l'ovaire kystique avant l'occlusion complète de l'ostium abdominale alors que les franges ne sont pas encore

complètement renversées et adhérentes entre elles. L'occlusion n'est ici achevée que par l'abouchement de la trompe contre l'ovaire. Une collection pourra se produire dans la trompe, et si l'ovaire est kystique les deux cavités ainsi formées ne seront séparées que par l'épaisseur de la paroi du kyste; celle-ci sera facilement détruite d'où kyste tubo-ovarien. Les franges seront libres à l'intérieur du kyste, elles n'ont ici jamais été complètement accolées entre elles; elles pourront ultérieurement s'épanouir, se renverser vers l'extérieur, adhérer ainsi à la surface interne de la paroi où il sera possible de les retrouver plus tard sous forme d'épaississements, de saillies.

Le mécanisme que nous venons d'indiquer n'est pas purement hypothétique, nous trouvons des faits confirmatifs; c'est ainsi que Orthmann rapporte un certain nombre d'observations, dans chacune, il est décrit un hydrosalpinx avec à son extrémité un ovaire adhérent, et présentant un ou plusieurs kystes au voisinage de l'ancien ostium abdominale. La cavité tubaire n'est séparée de la cavité ovarienne que par la cloison que nous avons déjà décrite; que cette cloison disparaisse et le kyste tubo-ovarien est formé.

Un certain nombre de cas comme ceux de Burnier, Griffith, Richard, Orthmann, Hildebrandt, Hennig, Schramm, Doran, Schentaüer, Routh, etc. sont susceptibles d'être expliqués de la façon que nous venons d'indiquer.

2^e cas. Kyste ovarique adhérent à un hydrosalpinx en un point quelconque de la paroi tubaire.

La cloison qui sépare les deux cavités adjacentes est ici formée: d'un côté par la paroi de l'hydrosalpinx; de l'autre par la paroi du kyste ovarien. Il peut fort bien arriver que cette cloison s'atrophie, disparaissant, les deux cavités communiquent; un kyste tubo-ovarien est

alors formé, tel celui qu'ont décrit Runge et Thoma et dans lequel on voit en effet, la trompe fermée à son extrémité abdominale s'ouvrir par un orifice latéral dans un kyste de l'ovaire.

L'évolution des kystes tubo-ovariens du premier groupe présente donc d'après tout ce que nous venons de dire deux périodes ; une première période transitoire pendant laquelle on les trouve à l'état de kyste ovarique accolé, adhérent à un hydrosalpinx, une deuxième période pendant laquelle ils sont véritablement kystes tubo-ovariens par suite de la communication qui s'est établie entre le kyste et l'hydrosalpinx.

Dans un certain nombre de cas, il a été possible de vérifier ces deux états et cela, sur le même sujet. Que l'on veuille bien se reporter aux observations de Schramm, de Doran, on verra que dans tous ces cas, il existait d'un côté (à droite toujours) un kyste tubo-ovarien, de l'autre côté (à gauche) existait un hydrosalpinx auquel adhérait un kyste de l'ovaire ; de telle sorte que si un côté présentait un kyste tubo-ovarien, en acte, pourrions-nous dire ; l'autre côté présentait un kyste de même nature en puissance.

En 1881, Burnier a publié, sous le titre de kystes tubo-ovariens, deux observations dans lesquelles on décrit des kystes de l'ovaire adhérents à des hydrosalpinx mais ne communiquant pas. Nous estimons que le nom de kyste tubo-ovarien, ne convient pas à ces cas. Peut-être plus tard, ces tumeurs auraient-elles pu devenir réellement des kystes tubo-ovariens, mais telles qu'elles sont décrites, ce nom ne peut pas leur être appliqué.

Nous faisons rentrer dans ce premier groupe le cas décrit par Terrillon, et dans lequel on voit un hydrosalpinx communiquant avec un kyste pauciloculaire

végétant de l'ovaire. La communication a été attribuée à la destruction de la cloison de séparation par les végétations. Mais, nous ne voyons rien qui puisse venir nous contredire si nous prétendons que, en réalité, cette communication s'est produite d'abord, comme dans les cas que nous avons cités, de la façon que nous avons décrite, et que postérieurement, plus tard seulement, les végétations, ont envahi la trompe.

Nous rangerons encore dans ce premier groupe le cas de Von Ott. Il s'agit d'un hydrosalpinx communiquant avec un kyste du parovarium. Cette communication n'a pu se produire que par atrophie et résorption de la cloison. Nous croyons que ce cas est très démonstratif.

II. — Kystes tubo-ovariens formés par la communication d'un kyste ovarique avec une trompe paraissant peu altérée.

Ici la trompe ne prend qu'une part minime à la formation de la cavité kystique; c'est l'ovaire qui a lui seul a formé presque la totalité de la tumeur. La trompe n'intervient que pour former un canal peu volumineux courant à la surface du kyste ovarien et communiquant avec lui. Elle n'est pas dilatée, sauf légèrement dans sa partie terminale au voisinage du kyste, ses parois sont peu amincies quelquefois même elles sont épaissies, les plis de sa muqueuse sont conservés. Elle n'a parfois subi qu'une hypertrophie légère dans tous les sens, surtout en longueur. Il est impossible de dire qu'ici il y a eu primitivement hydrosalpinx. Les franges ou leurs restes existent sous forme d'épaississements de la paroi à la surface interne; on les a vu aussi (Gottschalk) flotter librement dans le liquide que contient le kyste.

Qu'il y ait inflammation de la trompe et du péritoine

voisin, l'ostium abdominale pourra se fermer suivant le mode déjà décrit par renversement et accollement des franges du pavillon. Mais un hydrosalpinx ne va pas s'en suivre fatalement, le processus peut s'arrêter ou regresser, l'ostium utérinum peut aussi offrir un libre passage aux liquides. Supposons que l'ovaire transformé en un kyste vienne adhérer à l'extrémité de la trompe; la cavité virtuelle de celle-ci (ou légèrement dilatée par un peu de liquide) est séparée de la cavité ovarienne par une cloison formée par la paroi du kyste ovarien et par l'épaisseur des franges accolées. Le kyste de l'ovaire s'accroissant, ses parois sont partout distendues, et à l'endroit où la trompe lui adhère, les franges du pavillon sont aussi tirillées, distendues; leurs adhérences se rompent bientôt, la paroi ovarienne pourra céder en même temps; la communication entre la trompe et le kyste sera établie dès lors et le kyste tubo-ovarien formé. Les franges rendues libres pourront donc flotter à l'intérieur, dans le liquide, elles pourront aussi se souder à la face interne de la paroi où nous les trouverons alors sous formes d'épaississements. Le volume du kyste s'accroissant, la trompe adhérera à sa surface sur une longueur de plus en plus grande, elle finira par être étirée et allongée; la pression du liquide contenu dans le kyste pourra la dilater, principalement au voisinage de son embouchure, mais toujours assez peu à cause de l'intégrité à peu près complète de ses tissus, de la résistance des fausses membranes dont elle peut-être recouverte, de la traction en longueur dont elle est l'objet. Enfin, suivant Galdspohn, la trompe s'ouvrant obliquement dans la cavité du kyste, la lame de tissu qui sépare le canal tubaire de cette cavité au point d'aboutissement forme une sorte de clapet qui pourrait protéger efficacement la trompe contre la pression intrakystique.

Telle est la pathogénie que l'on peut attribuer aux kystes tubo-ovariens du deuxième groupe, ils sont peu nombreux relativement au nombre plus considérable que réunit le premier groupe.

Quoique peu nombreux, ils présentent des caractères nets, d'une valeur considérable et nous avons essayé, dans les lignes qui précèdent, d'exposer ce que l'on peut penser de leur pathogénie.

Dans ce deuxième groupe, nous placerons tout d'abord les trois kystes opérés par M. Legueu. Nous les avons souvent examinés et nous n'avons pas trouvé des trompes très dilatées, variqueuses, sinueuses, de couleur anormale, avec des parois amincies, des plis de la muqueuse absents, la muqueuse elle-même altérée profondément, détruite ; loin de là, nous avons ici des trompes de couleur normale, dont les parois ne sont pas amincies ; les plis de la muqueuse pourvue de son épithélium sont nets. Sans doute, il y a une légère dilatation de la trompe au voisinage du kyste mais cette dilatation n'est pas celle d'une ancienne cavité d'hydrosalpinx ; c'est une dilatation subie, postérieure à la formation du kyste tubo-ovarien, produite par la pression du liquide contenu dans le kyste. Cette pression, cette force expansive, si nous osions employer ce mot, est capable de distendre, d'étaler le tissu ovarien, pourquoi ne serait-elle pas capable de produire sur une trompe, même entièrement saine, la dilatation légère que nous constatons au voisinage seul du kyste ?

De plus, le kyste ne cesse de s'accroître, ses parois de s'étendre, la conséquence fatale de cette expansion de la paroi est la dilatation de plus en plus considérable de l'orifice de communication. La dilatation de l'orifice aura à son tour pour conséquence la dilatation de la trompe.

Le premier cas de Rokitansky nous paraît devoir rentrer

dans ce second groupe et la dernière idée que nous venons d'émettre nous permet peut-être de nous expliquer jusqu'à un certain point le brusque changement de calibre de la trompe.

Dans ce groupe nous ferons encore entrer les observations de Gottschalk ; Gottschalk lui-même avait été frappé de l'état d'intégrité de la trompe dans les deux kystes tubo-ovariens qu'il examina. Nous avons vu précédemment comment il s'expliquait la formation de ces tumeurs.

CHAPITRE IV

SYMPTOMES. DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT.

Nous voyons constamment que les malades souffrent, souffrent dans le ventre et surtout dans la fosse iliaque du côté où siège la tumeur. Les douleurs pelviennes sont ordinairement accompagnées de douleurs lombaires. Certaines malades éprouvent une sensation de pesanteur. Les douleurs sont exaspérées par les mouvements violents, par l'action de se baisser pour ramasser un objet, par le coït ; la douleur peut-être assez vive pour provoquer des syncopes.

Mais c'est surtout avant et pendant les règles que les malades ont de violentes et cruelles exacerbations des douleurs. Certaines malades sont suivant l'expression de Galdsphon de véritables infirmes pendant la période menstruelle.

La pression dans la région intéressée réveille la douleur. On a pu noter des troubles de la miction.

On rencontre assez souvent des métrorrhagies et des métrorrhagies graves.

Très fréquents sont des écoulements qui revêtent divers caractères, tantôt l'écoulement est continu, tantôt il est extrêmement abondant et apparaît brusquement, tantôt il revient presque périodiquement. Le liquide de ces

écoulements est tantôt citrin, clair, tantôt hémorrhagique à des degrés divers, il n'est pas fétide.

En même temps que s'établit l'écoulement, on voit la tumeur formée par le kyste diminuer de volume; le liquide vient donc bien de la tumeur. Cette évacuation est capable de produire une amélioration sérieuse de l'état de la malade mais non sa guérison.

Les signes physiques nous sont fournis par la vue, le palper et le toucher vaginal.

1° La tumeur n'a pas envahi la cavité abdominale, elle est pelvienne, le toucher et le palper combiné au toucher sont seuls capables de nous donner des renseignements. Par le toucher, on trouve, dans un cul-de-sac latéral et dans le cul-de-sac postérieur en général une tumeur fluctuante, on peut arriver à sentir la trompe presque toujours augmentée de volume courant à la surface de cette tumeur. Par le palper et le toucher combinés, on peut saisir la tumeur entre le doigt vaginal et la main placée sur l'abdomen. On peut ainsi en apprécier le volume et la consistance. L'utérus est placé à côté de la tumeur, il est rejeté du côté sain.

2° La tumeur est abdominale, dans ce cas, on a tout d'abord pu constater par la vue le volume du ventre, il est rarement excessif, les petits kystes étant beaucoup plus communs que les gros. L'aspect du ventre est celui d'un ventre contenant un kyste de l'ovaire non celui d'un ventre ascitique. C'est parfois le développement anormal du ventre qui a attiré l'attention de la malade.

La palpation nous permet de sentir une tumeur plus ou moins régulièrement sphérique généralement uniloculaire, contenant un liquide.

Le toucher vaginal permet de constater que l'utérus

est haut, entraîné par la tumeur dans son ascension au-dessus du détroit supérieur.

Les culs-de-sac ne seront plus aussi faciles à explorer.

Symptômes des complications :

Lorsque le kyste s'infecte et suppure, on voit la température monter, la langue se sécher, le faciès s'altérer. Du côté de l'abdomen, la sensibilité peut devenir excessivé, la douleur et la défense musculaire viennent gêner et rendre difficile l'exploration de la région. Il peut exister un écoulement purulent par les organes génitaux.

La torsion se manifeste également par des phénomènes de douleur et de réaction du côté du péritoine.

On voit que les symptômes de ces kystes et aussi que les divers signes fournis par les diverses méthodes d'exploration n'ont rien de spécial ni de particulier, ils sont communs aux kystes tubo-ovariens et à une foule d'autres affections. D'autre part, les antécédents, l'âge, la vie génitale des malades ne présentent rien de caractéristique. On conçoit dès lors que le diagnostic de ces tumeurs soit très difficile et n'ait presque jamais été fait. La présence d'un kyste tubo-ovarien a presque toujours constitué une surprise au cours d'une opération ou une trouvaille au cours d'une autopsie.

Certains auteurs ont cru pouvoir faire le diagnostic de kyste tubo-ovarien sur la constatation d'une tumeur diminuant de volume en même temps que s'établissait un écoulement. Nous estimons qu'une telle constatation est insuffisante pour pouvoir établir fermement le diagnostic de kyste tubo-ovarien. Certains hydrosalpinx présentent en effet des écoulements auxquels aussi

correspondent des variations du volume de la tumeur qu'ils forment.

Deux observateurs seulement ont pu faire le diagnostic de kyste tubo-ovarien et en ont vérifié l'exactitude à l'opération; ce sont Schramm et Gottschalk. Un autre, Anderson, a fait ce diagnostic et l'a vérifié à l'autopsie.

Mais nous ne pouvons par ranger parmi les kystes tubo-ovariens, les cas où le diagnostic fait sur de tels éléments n'a subi aucune vérification. Tels sont les cas de Richard, de West, de Arthur, que nous rapportons cependant à titre de document.

Les kystes tubo-ovariens ont été le plus souvent confondus avec des hydrosalpinx ou des pyosalpinx; (1) la confusion a été aussi faite avec des kystes de l'ovaire; dans un cas enfin on avait cru qu'il s'agissait d'une tumeur maligne de l'utérus. (Terrillon).

Le diagnostic des complications est impossible à faire il n'a jamais été fait.

TRAITEMENT

Nous n'en dirons qu'un mot.

La tumeur doit être enlevée par la laparotomie.

La paroi abdominale sera incisée sur la ligne médiane au-dessous de l'ombilic. Le kyste mis à nu, sera ponctionné, puis le pédicule qui relie la tumeur à l'utérus sera lié et sectionné. Lorsque la tumeur sera intraligamentaire il faudra la décortiquer.

(1) Cette confusion permet peut-être d'expliquer le volume énorme attribué à certains hydrosalpinx.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Inédite). — M. Legueu.

Due à l'obligeance de M. Legueu.

M^{me} H. L..., entrée à l'hôpital Broca dans le service de M. Pozzi, suppléé par M. Legueu le 11 août 1899.

Agée de 38 ans, réglée à 12 ans, elle n'a eu ni enfant ni fausse couche. Les règles toujours abondantes, durant quatre ou cinq jours. Elle vient consulter pour une tumeur dont elle s'est aperçue à l'augmentation de volume de son ventre.

Il y a environ trois mois qu'elle s'est aperçue que son ventre augmente; en même temps, elle souffre un peu du côté droit, et quelquefois aussi du côté gauche.

A l'inspection, on constate un développement anormal du ventre dans la région sous ombilicale; une tuméfaction régulière soulève la paroi. Par le palper, on reconnaît aisément qu'il s'agit d'une tumeur fluctuante, mate, lisse, dont la convexité supérieure affleure l'ombilic. L'extrémité inférieure plonge dans l'excavation pelvienne, où il est impossible de la sentir par le palper abdominal.

Au toucher vaginal, on trouve l'utérus, ou plutôt on devine l'utérus en antéflexion, sous-jacent, à la tumeur et indépendant d'elle.

Le diagnostic porté est celui de kyste de l'ovaire.

L'opération est pratiquée le jeudi 24 août par M. Legueu.

Elle est simple : le kyste est vidé, il est développé dans l'ovaire droit. Le pédicule assez large est sectionné aux ciseaux. Les ligatures sont placées sur les vaisseaux et un surjet pour le péritoine recouvre les surfaces cruentées.

L'ovaire gauche est parsemé de petits kystes; il est cautérisé en plusieurs endroits avec la pointe du thermocautère.

La paroi abdominale est fermée à trois étages,

La guérison se produit sans incident.

La tumeur enlevée présente cette particularité, que la trompe

est en large communication avec le kyste. Celui-ci est un kyste tubo-ovarien.

Suivie depuis son extrémité utérine, la trompe chemine devant le kyste, se renfle en massue et à son extrémité extérieure se confond avec la paroi du kyste.

Le kyste a la forme d'un kyste uniloculaire de l'ovaire; sa surface extérieure est lisse, régulière, dépourvue d'adhérences. Sa surface interne est également unie, sans dépressions, sans poches secondaires.

En avant toujours sur cette surface interne se voit facilement un large orifice, dans lequel trois doigts peuvent pénétrer de front; c'est le pavillon élargi de la trompe et fusionné avec la paroi du kyste à tel point qu'il est difficile de dire où commence l'une et où finit l'autre. À quelque distance du pavillon cependant, on retrouve sur le kyste toujours du côté interne, des saillies d'apparence muqueuse, qui sont sans doute les franges étalées et amincies du pavillon.

La trompe à sa partie extérieure est dilatée, sa muqueuse paraît amincie, ses franges se sont étalées.

À noter qu'il n'est nulle part constaté de fragments reconnaissables de l'ovaire; de même, il n'y avait sur le péritoine aucune trace d'adhérences.

Il a été prélevé trois fragments pour l'examen histologique : un premier sur la trompe, un deuxième sur le kyste, un troisième sur la partie du pavillon qui est en communication avec le kyste.

Les coupes du premier fragment nous ont montré une trompe avec sa constitution histologique normale, l'épithélium est conservé. La paroi du kyste avait la structure habituelle; quant au troisième fragment qui aurait peut-être pu laisser voir la transition entre la trompe et le kyste, il n'a rien présenté de particulier.

OBSERVATION II. M. Legueu.

(Extrait des comptes rendus de la Société d'Obstétrique de Paris) 1899.

« Je vous présente deux tumeurs kystiques enlevées par laparotomie : ce sont deux kystes tubo-ovariens, sur lesquels on

voit nettement la communication de la trompe avec la cavité du kyste. A ce point de vue déjà, ces pièces présentent un certain intérêt. Le diagnostic clinique, l'opération elle-même ont présenté quelques particularités intéressantes, sur lesquelles je me permettrai d'attirer quelques instants votre attention.

Le 1^{er} mai 1899, je fus appelé par mon confrère le Dr Meynier pour voir une de ses malades dont l'état lui paraissait devoir exiger une intervention d'urgence.

Il s'agissait d'une femme de trente six ans, mariée et sans enfants bien réglée et bien portante, qui, le vendredi 27 avril, avait été prise brusquement de violentes coliques du côté gauche, avec sensations de nausées et tendances à la syncope. Le lendemain les douleurs continuent : la malade reste au lit, ne va pas à la selle, mais ne croit pas devoir appeler son médecin.

Le surlendemain 30 avril, elle prend un grand purgatif qui ne fait presque pas d'effet, et le lundi matin, se trouvant plus souffrante, elle fait appeler son médecin.

Ce dernier constate un état de sensibilité assez accentuée dans tout l'abdomen, plus particulièrement à gauche : le ventre est ballonné, surtout au-dessous de l'ombilic. Il y a de la fièvre, le thermomètre monte à 38 degrés ; le pouls est à 110, la langue est sèche, le facies légèrement altéré.

On diagnostique une appendicite avec péritonite, et ce diagnostic est confirmé par mon confrère, le Courtray de Pradel, qui est appelé en consultation. Une opération d'urgence est reconnue indispensable.

C'est dans ces conditions que je suis appelé à voir la malade dans l'après-midi du premier mai.

A ce moment la température était à 39°1 : le pouls battait à 130. Le ventre était ballonné et tendu, il y avait de la submatité dans toute la moitié inférieure de l'abdomen, là où le gonflement était au maximum.

La douleur était plus marquée à gauche qu'à droite, mais la défense musculaire rendait assez difficile l'exploration de la région. Il n'y avait pas encore eu de vomissement, mais la langue était sèche, la soif vive.

La brusquerie et la marche des accidents me faisaient pencher pour une appendicite : J'explorais cependant l'utérus et les annexes. L'utérus était douloureux quand on le mobilisait :

les culs-de-sac n'étaient pas distendus, mais douloureux à la pression. De ce côté, d'ailleurs il n'y avait rien de net dans le passé de la malade : elle n'accusait ni douleurs ni troubles de la menstruation.

Elle disait qu'elle avait toujours eu le ventre gros, bien que n'ayant jamais eu d'enfant. Mais ce détail me parut secondaire en présence des phénomènes actuels, et je n'y attachai pas d'importance, je pensai donc que nous étions en présence d'une attaque d'appendicite à marche rapide, avec réaction péritonéale : et dans ces conditions, il me paraissait imprudent d'attendre au lendemain.

Je la fis transporter dans une maison de santé, et je l'opérai le soir même à 9 heures, avec l'aide de mes deux confrères.

Sous le chloroforme, je cherchai à préciser les sensations fournies par le palper de l'abdomen, j'y devais trouver des surprises. A gauche de l'ombilic, en effet, et dans toute la hauteur de l'abdomen, je constatais une tumeur lisse, régulière, tendue, mais manifestement fluctuante : je ne sentais ni son extrémité supérieure trop haute, ni son extrémité inférieure trop basse. A droite, une tumeur de même nature que la première, de même volume à peu près, m'apparaissait : elle était indépendante de la première, et en était séparée par un sillon médian assez accentué. Rapprochant ces sensations de celles que j'avais constatées en faisant le toucher vaginal, je pensai avoir affaire à un double kyste ovarique, dont la torsion était sans doute le point de départ et la raison des accidents actuels.

Dans ces conditions, il était tout indiqué de faire une laparotomie médiane. Je fais donc une incision sous-ombilicale médiane, et, le péritoine ouvert, je reconnais en effet deux tumeurs kystiques juxtaposées sur la ligne médiane, tenant toutes les deux aux cornes de l'utérus. Il n'y a pas de traces de péritonite adhésive récente : mais au moment où le péritoine a été ouvert, une certaine quantité de liquide ascitique louche s'est échappée à l'extérieur.

Le kyste droit est ponctionné : j'en retire environ deux litres d'un liquide séro-hématique. Il y a aussi dans une poche du pus très net. Ce kyste est libre d'adhérences, mais il est partiellement inclus dans la partie supérieure du ligament large :

je puis passer au-dessous de lui une ligature en chaîne et l'exciser.

Je procède de même à l'ablation du kyste gauche : j'en retire comme de l'autre côté à peu près deux litres de liquide brun, hématique et d'odeur extrêmement fétide. Ce kyste est enclavé dans le ligament large, bien que par son extrémité supérieure il confine à la région du flanc gauche : en bas il est inclus dans le ligament large, il a même dédoublé le péritoine pariétal et le mésocolon iliaque. Je procède à l'énucléation du kyste et à la dissection de ces adhérences. Sous le kyste, une grosse artère est liée, c'est l'utéro-ovarienne, elle a les dimensions d'une humérale ; un cordon blanc cylindrique, accolé au pôle inférieur du kyste, est également isolé avec soin, c'est l'uretère. Le pédicule utérin du kyste est lié à la soie, comme de l'autre côté.

L'opération est terminée par la suture de la paroi abdominale à trois étages.

Le lendemain de l'opération, la courbe de température révélait une brusque détente, et le surlendemain, la température retombait à la normale.

La fièvre, il est vrai, reparaisait le troisième jour et devait même persister pendant vingt jours. Le matin, le thermomètre marquait 38°; le soir, il s'élevait à 39° ou 39°5, et cette période relativement longue de pyrexie fut traversée sans que rien se manifestât de particulier du côté de l'état local. L'état général alla même s'améliorant chaque jour, et la malade, malgré cette fièvre en somme assez élevée, pouvait s'alimenter comme si la température avait été absolument normale.

Seule la vessie resta paresseuse pendant les huit premiers jours, et il fallut l'évacuer plusieurs fois par jour, je me suis demandé un moment si cette fièvre persistante ne devait pas être mise sur le compte de cette rétention vésicale septique, d'autant plus qu'elle fut méconnue les premiers jours ; mais comme la fièvre ne céda pas à l'évacuation régulière et méthodique de la vessie, ni à la sonde à demeure, ni aux lavages antiseptiques, j'ai pensé que la fièvre était le résultat de la toxémie et que celle-ci résultait elle-même des toxines puisées à l'intérieur et la surface des kystes enlevés par la laparotomie.

Quoi qu'il en soit, la malade est actuellement complètement guérie.

Il y a dans cette observation deux points à souligner ; l'un a trait à la clinique, l'autre concerne l'anatomie pathologique des pièces que je vous présente.

Le fait clinique, qui me paraît particulier, c'est celui du début brusque des accidents de péritonite provoquée par la suppuration de kystes existant vraisemblablement chez cette malade depuis assez longtemps. Ces accidents ressemblaient de tous points à ceux de la torsion des kystes de l'ovaire, et c'est à ce diagnostic que je m'arrêtai lorsque j'eus constaté la présence d'une tumeur abdominale, je pensais avoir affaire à un kyste tordu : l'opération m'a montré qu'il n'en était rien. Que la suppuration des kystes de l'ovaire se traduise par des phénomènes de péritonite, il n'y a là après tout rien que de très naturel. Mais que cette suppuration se traduise brusquement par des phénomènes bruyants, sans avoir été précédés d'une phase de transition, cela me paraît un fait particulier que je voulais mettre en relief.

Le fait anatomique intéressant a trait à la morphologie des tumeurs kystiques que j'ai enlevées. J'avais pensé tout d'abord qu'il s'agissait de deux kystes de l'ovaire. Mais l'examen des pièces devait me montrer que ces kystes étaient moins simples. J'avais été frappé, au cours de l'opération, de ce que le pavillon de la trompe n'était pas visible, et cependant, j'étais sûr d'avoir enlevé ces trompes, dont j'avais reconnu la coupe dans le pédicule.

Je recherchai donc les trompes à la surface de ces tumeurs : elles se détachent très nettement à la surface des kystes ; mais, suivies jusqu'au niveau du pavillon, on ne voit rien qui rappelle l'extrémité de la trompe ; celle-ci se perd à la surface de la tumeur et se confond avec elle.

Après avoir ouvert ces kystes, je pus m'assurer des rapports qu'ils affectaient avec le pavillon de la trompe, et réciproquement. La trompe s'ouvre largement dans la cavité kystique : si bien que le kyste semble le renflement de la trompe. En observant de plus près, il est facile de voir les franges du pavillon de la trompe étalées à la surface interne de la poche. Le reste de la tumeur présente les caractères d'un kyste suppuré de l'ovaire :

paroi épaisse, recouverte 'par places, de l'aileron du ligament large dans lequel elle fut englobée ; cavité uniloculaire, tapissée de dépôts fibrineux dus à l'inflammation récente ; enfin, surface interne tapissée d'un épithélium cylindrique. A gauche, l'ovaire est conservé au pôle inférieur de la tumeur ; à droite, il est impossible d'en trouver un vestige.

Ainsi constituées, ces tumeurs sont des kystes tubo-ovariens c'est-à-dire des kystes ovariens en communication avec la cavité de la trompe. Il ne s'agit pas d'hydrosalpinx, parce que le volume serait extraordinaire ; à droite, d'ailleurs, il n'existe pas trace d'ovaire.

Ce sont des kystes ovariens, avec lesquels la trompe s'est mise en communication. Cette variété de kyste est bien connue, quoique assez rare ; je vous présente ces tumeurs pour cette raison, et aussi pour le volume qu'elles présentaient et qui est rarement signalé dans les observations antérieures.

S'agit-il d'une communication concomitante ou consécutive ? y avait-il hydrosalpinx primitif, et celui-ci s'est-il mis en communication secondaire ? je ne le saurais dire. Je ferai remarquer toutefois que la trompe, dans sa portion extra kystique, était normale, non altérée, avec des plis normaux sur sa face interne. Si le kyste ne s'évacuait pas par la trompe, c'est que la trompe s'enroulait autour du pôle inférieur du kyste et que le développement de celui-ci avait aplati le calibre de la trompe.

C'est à cette communication qu'est due la suppuration et la série des accidents que j'ai eus à traiter.

OBSERVATION III. — Gottschalk.

(Traduite de l'allemand).

« Gottschalk présente un utérus fibromateux avec un kyste tubo-ovarien gauche dont le contenu est hémorrhagique.

La pièce provient d'une malade âgée de 34 ans.

Le fibrome faisait saillie sur le bord gauche de l'utérus, il était gros comme une tête d'enfant, il avait contracté des adhérences avec l'intestin.

Le kyste tubo-ovarien adhérait à l'S iliaque, des adhérences durent être coupées avec les ciseaux.

Rien d'anormal dans les annexes du côté droit.

La trompe gauche participe dans sa moitié externe seulement à la formation du kyste tubo-ovarien, dans sa moitié interne, elle est normale. La dilatation de la trompe croît au fur et à mesure que l'on s'approche de l'ostium abdominale, finalement elle se confond avec un kyste gros comme une pomme. Il existe une sorte de clapet à l'embouchure de la trompe dans le kyste. L'aspect général du kyste est celui d'une cornue, les parties tubaires et ovariennes ne peuvent être séparées l'une de l'autre; les franges du pavillon sont tombées à l'intérieur du kyste. L'ovaire a été totalement transformé en paroi kystique. L'ovaire paraît avoir d'abord renfermé un kyste sanguin, son contenu s'est ensuite évacué dans la trompe adhérente.

L'extrémité utérine de la trompe était perméable.

Le contenu du kyste fut examiné au microscope, il était formé de sang pur de couleur rouge sombre. »

OBSERVATION IV. — Gottschalk.

(Traduite de l'allemand).

«Je vais vous présenter une pièce intéressante, un kyste tubo-ovarien pour lequel j'ai fait une laparotomie il y a 14 jours.

Cette tumeur a été enlevée à une femme de 41 ans :

M^{me} H..., qui pendant 7 ans de mariage ne devint jamais enceinte, elle fut bien réglée jusqu'au dernier printemps. Depuis lors, elle a eu des hémorrhagies et aussi des douleurs dans le côté droit. La malade a eu autrefois une fièvre typhoïde et une pneumonie, à part cela, elle a toujours été bien portante.

Elle était restée tout d'abord pendant quatre semaines dans une clinique pour ses hémorrhagies.

Je trouvai l'utérus de volume normal refoulé vers la gauche par une tumeur placée du côté droit, cette tumeur était de la grosseur d'une orange, peu mobile, incluse dans le ligament, la trompe élargie dans sa partie abdominale se confondait avec elle. Je fis le diagnostic de kyste tubo-ovarien inclus dans le ligament large. La laparotomie confirma entièrement mon diagnostic. Je divisai le ligament large et procédai à l'énucléation de la tumeur, à ce moment le kyste se creva et son contenu hémorrhagique se répandit dans le péritoine. Le liquide fut épongé aussi bien que possible avec de la gaze.

La convalescence fut normale.

La tumeur montra l'ovaire dégénéré en un kyste de la grosseur d'une orange, à parois minces, on ne pouvait plus voir de tissu de l'ovaire. Les franges sont libres, c'est-à-dire à l'intérieur du kyste, leurs parois sont assez intimement accolées. L'orifice abdominal est à peine capable de laisser passer une pièce de cinq pfenning. Le diamètre en hauteur l'emporte sur le diamètre en largeur et cela du double environ. On retourne maintenant la tumeur de façon à ce que la trompe parte vers le bas, on voit ainsi que la pièce ressemble à une tulipe où l'ampoule de la trompe représente le calice et dans laquelle les étamines sont remplacées par les franges.

L'extrémité utérine de la trompe n'est pas dilatée, on peut à peine aussi parler d'une dilatation kystique de l'extrémité périphérique de la trompe. On voit de suite que la dilatation modérée de la trompe à son extrémité abdominale ne peut pas être l'affection primitive. La trompe grossit toujours vers l'extérieur. Evidemment il s'agit ici d'un cas analogue à celui qui vous a été présenté il y a quatre semaines. »

OBSERVATION V. — Rokitansky.

(Traduite de l'Allemand.)

« Chez une femme, autopsiée le 10 mars 1858 présentant une pleurésie et un catarrhe bronchique et qui avait certainement accouché, on trouva les organes sexuels dans l'état suivant.

Utérus gros, à parois épaisses. La moitié supérieure du canal cervical est obstruée par un amas d'œufs de Naboth. La muqueuse de l'utérus a un aspect granuleux. Sur son fond des amas de fausses membranes.

La trompe gauche se recourbe vers son extrémité externe, en bas et en arrière, elle adhère à l'ovaire celui-ci est scléreux, petit.

L'ovaire droit est gros, son tissu très dense est criblé de nombreux kystes, gros comme une graine de pavot ou de millet, deux sont de la grosseur d'une fève. Ils contiennent un liquide clair. Un kyste de la grosseur d'une noix recouvert à sa surface interne, irrégulière, de taches de pigment brun, occupe la plus

grande partie de cet ovaire. La trompe avec son pavillon dilaté se confondait avec ce kyste, elle contribuait ainsi pour un tiers à la formation du kyste. Les plis de la muqueuse tubaire se continuaient à la surface interne du kyste, on pouvait aussi y reconnaître l'extrémité des franges sous forme de petites excroissances. A partir du kyste jusqu'à l'utérus, la trompe était grosse comme un tuyau de plume. »

OBSERVATION VI. — Rokitansky.

(Traduite de l'Allemand.)

« Chez une femme de 29 ans, autopsiée le 29 juin 1859 on voyait : l'utérus petit, couvert en arrière et en avant de fausses membranes et adhérent au rectum. Le col était brunâtre, avec des œufs de Naboth. Chaque trompe adhère à son ovaire ces derniers sont ratatinés. La trompe gauche embrasse son ovaire et lui adhère en arrière près du ligament ovarien. Là on trouve dans l'ovaire un kyste du volume d'une grosse fève, ses parois sont minces et présentent à l'intérieur plusieurs aréoles légèrement pigmentées en rouge, elles sont recouvertes de mucus. Dans ce kyste s'ouvre l'extrémité frangée de la trompe. largement. Les franges se perdent insensiblement dans le paroi du kyste. »

OBSERVATION VII. — Schramm.

(Traduite de l'Allemand.)

« M^{me} C. K..., 41 ans, a toujours été bien portante dans son enfance. Règles régulières à partir de 19 ans jusqu'à son mariage avec un homme très débauché qui lui transmet une blennorrhagie. Cinq mois après son mariage elle fit un avortement. Depuis lors, elle eut de vives douleurs dans les reins et dans le ventre, surtout du côté gauche.

Les règles deviennent irrégulières, elles manquèrent même à un moment donné pendant 9 mois. Au moment de ses règles elle perdait une grande quantité de sang, liquide, brun parfois fétide. Après une grande fatigue, elle eut des douleurs dans la vessie et ne pouvait retenir longtemps ses urines.

Le 9 janvier 1890, je vis la malade et trouvait l'utérus déplacé vers la droite. Une tumeur était fortement placée contre lui du côté gauche, elle était de la grosseur du poing, élastique, elle paraissait fixée. A sa partie supérieure, elle présentait un bourrelet dont les rapports n'étaient pas faciles à percevoir. Hésitation entre tumeur de l'ovaire et kyste tubo-ovarien. La laparotomie décidée fut retardée car la malade fut subitement atteinte d'influenza.

Le 5 février 1890, laparotomie, la malade ayant encore de la fièvre. La tumeur est un kyste tubo-ovarien, fortement adhérent de tous côtés. La trompe grosse comme le pouce ressemble à un intestin; elle passe par son extrémité abdominale agrandie dans un kyste formé par l'ovaire. L'ablation de la tumeur fut très difficile, les adhérences dans la profondeur du petit bassin se laissant difficilement rompre; il n'existait pas là de véritable pédicule. La tumeur fut isolée de tous côtés et attirée vers l'extrémité inférieure de l'incision, elle fut ouverte et son contenu évacué, il en résulta alors une sorte de membrane pédiculée qui fut liée au ras de l'utérus. Pendant l'opération, j'eus une hémorrhagie assez abondante, je fis de nombreuses ligatures. Grâce à deux déchirures, 200 grammes environ d'un liquide hémorrhagique, contenant un peu de pus, s'écoulèrent dans la cavité abdominale.

Du côté gauche il y avait une tumeur de la grosseur d'une petite pomme, elle se laissa enlever plus facilement, c'était un kyste de l'ovaire, la trompe hydropique était accolée à ce kyste. Sérieux nettoyage de la cavité abdominale et suture. Le mouvement fébrile s'arrêta aussitôt après l'opération. Le 26 février, la malade partait guérie.

Anatomie pathologique. (Neelsen). La tumeur paraît être un peu plus grosse qu'une pomme, elle est généralement ovale. Elle comprend deux parties, l'une est presque sphérique, l'autre la recouvre et se confond avec elle en se coudant, elle a l'aspect d'une saucisse, elle s'effile du côté de son extrémité libre sectionnée. L'extrémité utérine de la trompe présente un orifice très étroit à peine perméable à un fin stylet. La surface externe de la trompe et du kyste est recouverte d'une couche de tissu conjonctif et d'adhérences rompues.

Par une incision cruciale, on voit que la trompe dilatée com-

munique avec le kyste par un orifice presque circulaire de 4 millimètres. A l'embouchure, grâce à la position oblique de la trompe par rapport au kyste, on voit un repli saillant paraissant diviser nettement en deux la cavité générale, on remarque cependant que les plis de la muqueuse tubaire rayonnent en forme d'éventail sur la paroi interne du kyste et s'y perdent insensiblement. La paroi du kyste présente généralement un épaisseur de 3 millimètres environ, mais à son pôle interne elle s'épaissit jusqu'à 11 millimètres. Là, à la section on remarque quelques petits kystes, inclus dans la paroi, d'une grosseur variant de celle d'un pois à celle d'une fève avec un contenu ici clair, là hémorrhagique. Au microscope, on trouve là des restes d'ovaire avec quelques vieilles cicatrices et des follicules kystiques. La cavité du gros kyste était tapissée d'un épithélium cylindrique. »

OBSERVATION VIII. — Schramm.

(Traduite de l'Allemand.)

« M^{me} Pr., M..., 33 ans, paraît avoir une santé florissante. Règles régulières, mais abondantes depuis sa 12^e année. Mariée à 18 ans, fausse couche de 5 mois, depuis lors stérile. En 1881 elle fut infectée par son mari atteint de blennorrhagie, elle eut de l'endométrite et de la périmétrite. Elle a des pertes fortement purulentes, des douleurs aiguës dans le bas-ventre, ses règles ne sont plus régulières et elle est reçue en décembre 1882 à la « Carola Krankenhaus ». Grâce à un traitement symptomatique elle subit une réelle amélioration, elle est renvoyée au bout de 6 semaines.

En juillet 1884, elle revient à cause de nouvelles douleurs dans le bas-ventre. A droite de l'utérus, on trouve une tumeur peu mobile en forme de poire, on fit le diagnostic d'hydrosalpinx. L'opération fut décidée, mais lorsque 4 semaines plus tard, je voulus la faire, à ma grande surprise, la tumeur avait disparu. Dans l'intervalle il y avait eu des pertes d'un liquide sanguinolent, de violentes douleurs dans les reins et dans le dos. La malade fut renvoyée.

Elle revint plusieurs années plus tard (sept. 1888). Elle venait de faire une cure à Karlsbad. La belle et forte femme d'autrefois

était à peine reconnaissable ; elle avait un visage livide. Elle avait à nouveau des violentes douleurs dans les reins et les hanches. Jusqu'en ces derniers temps, à chaque menstruation, elle a eu des pertes abondantes d'un liquide sanguinolent.

A droite de l'utérus, fortement placée contre lui, existe une tumeur de la grosseur du poing, très tendue, immobile. La surface présente un bourrelet d'abord mince puis devenant gros comme le pouce, sinueux, il paraît se perdre en grossissant dans le cul-de-sac de Douglas, aucune sensibilité spéciale à la pression.

A gauche de l'utérus il y a une tumeur plus petite pas facile à toucher.

Grâce à l'anamnèse et à l'examen sous le chloroforme, je m'ancrai dans l'idée qu'il s'agissait d'un kyste tubo-ovarien profluent. Depuis quelques semaines, un léger état fébrile existant, (38°-38°,5) je supposai que le contenu du kyste était purulent.

L'opération faite le 25 novembre 1889, confirma le diagnostic de kyste tubo-ovarien. La laparotomie permit de voir un ovaire gauche transformé en un kyste, à parois minces, de la grosseur d'une petite pomme ; sur ce kyste, à l'extérieur se trouvait la trompe dilatée de la grosseur du doigt.

Après avoir rompu les adhérences solides, la tumeur put être attirée à l'angle inférieur de l'incision, elle était fortement tendue, avec des parois très minces. Du kyste s'écoula un liquide clair.

La tumeur du côté droit offrit en revanche de grosses difficultés, elle était adhérente dans la profondeur du bassin avec le péritoine pariétal et viscéral. Avec beaucoup de peine, on réussit à l'extraire de son sac du ligament large et de ses adhérences. Elle a l'aspect d'un kyste de la grosseur du poing, violacé. A sa surface, serpente la trompe très tendue, de la même couleur, dilatée, ressemblant à un intestin. A son extrémité abdominale elle passe dans la cavité d'un kyste ovarien, le tout ressemble à une corne.

En tirant la tumeur, elle se creva et son contenu (1/2 litre environ) hémorragique, brun se répandit dans la cavité abdominale.

Ensuite la tumeur se laissa facilement retirer et détacher du

côté de l'utérus avec lequel elle était unie par un court et large pédicule. La cavité abdominale fut lavée à l'eau stérilisée et refermée après un soigneux nettoyage. Température le soir même : 38°.4, ensuite normale. La malade partait le 26 décembre guérie. Bientôt après, chez elle, elle eut la grippe. En même temps, pendant 4 jours, elle eut une forte hémorrhagie qu'elle prit pour ses règles ; ces hémorrhagies se sont reproduites régulièrement chaque mois jusqu'en fin mars 1890.

Anatomie pathologique. (Neelsen). — (A.) La plus grosse des deux tumeurs, après durcissement dans l'alcool se présente comme un kyste sphérique de la grosseur d'une pomme. Ce kyste présente sur son côté externe une sorte de coude et se confond sans limite précise avec la trompe irrégulière, sinueuse et dilatée. L'extrémité utérine de la trompe coupée paraît effilée elle présente un orifice étroit accessible seulement à un fin stylet. Sur le bord inférieur de la trompe on remarque des restes du ligament large. La surface du kyste présentait partout un revêtement grossier de tissu conjonctif et plus particulièrement à l'endroit correspondant à l'angle formé par la fusion du kyste avec la trompe. Sur le côté externe de la tumeur se trouve un kyste de la grosseur d'un petit pois, affaissé : à parois minces, relié à la tumeur par un pédicule grêle (hydatide).

La paroi du kyste, vis-à-vis l'angle, présente une déchirure en forme de demi-cercle, on peut ainsi voir à l'intérieur du kyste. On voit ainsi que la cavité est divisée en deux parties séparées par un repli correspondant à l'angle, il semble de prime abord que le domaine de la trompe s'arrête à ce repli, on conserve cette impression lorsque l'on coupe la trompe suivant sa longueur. On voit que la tumeur est composée d'une partie plus grosse à laquelle est accolée la trompe sinueuse. Un examen plus précis montre cependant que les nombreux plis en longueur qu'offre la trompe se laissent poursuivre au-delà de la déchirure dans la paroi kystique sur la surface interne de cette paroi et dans une région correspondant à l'équateur du kyste ils passent sans limite nette dans un réseau irrégulier qui tapisse toute la surface interne. Ce passage des plis de la muqueuse tubaire sur la surface interne ne se laisse pas seulement suivre au-delà de la déchirure mais encore au-delà du repli qui fait saillie. La paroi du gros kyste a une épaisseur qui varie entre

3 et 5 millimètres. Le petit kyste a des parois minces, 1/2 millimètre d'épaisseur.

Examen microscopique. — La coupe montre au voisinage de l'extrémité utérine une muqueuse ramollie avec un dépôt de cellules rondes en nombre médiocre. Plus on se rapproche de la partie kystique plus le ramollissement disparaît ; le dépôt cellulaire devient plus léger. Les faisceaux musculaires de la paroi tubaire paraissent atrophiés, dissociés, mais sont encore reconnaissables dans l'hémisphère supérieur de la paroi du kyste. L'épithélium cylindrique de la trompe se confond insensiblement avec l'épithélium cubique de la paroi kystique. Le reste du tissu de la paroi du kyste consiste en tissu conjonctif dense assez riche en cellules fusiformes. Dans la moitié supérieure du kyste, on trouve à différentes reprises des petits kystes presque microscopiques paraissant résulter de follicules dilatés les plus gros atteignent le volume d'un petit pois. Ces petits kystes ont de même un revêtement de cellules épithéliales cubiques.

(B) La petite tumeur est formée par un kyste de la grosseur d'un œuf de pigeon duquel se détache nettement la trompe formant une masse sinueuse ressemblant à une saucisse. A l'extrémité utérine de la trompe aisément perméable à une sonde, sont appendus des restes du ligament large. La trompe et le kyste ont un abondant revêtement de tissu conjonctif et présentent en différents endroits des lambeaux, restes d'adhérences rompues. Une coupe de la trompe et du kyste dans le sens de la longueur de celle-ci montre que le kyste a des parois, en certains endroits, extrêmement minces. Il est soudé à la trompe par du tissu conjonctif. La partie inférieure du kyste présente des parois plus épaisses et à une place où sont encore des restes de tissu ovarien cette paroi mesure 9 millimètres d'épaisseur. Ces restes de l'ovaire contiennent un kyste gros comme une fève rempli de caillots de sang frais et d'autres kystes plus petits qui correspondent à des follicules dilatés. Le gros kyste est tapissé d'un épithélium cubique. La lumière tubaire se dilate très régulièrement à partir de son extrémité utérine. Sa muqueuse paraît ramollie avec un légère infiltration de petites cellules. Son extrémité périphérique se dilate assez brusque-

ment en un kyste de 11 millimètres de diamètre dont la cavité est tapissée par la muqueuse irrégulièrement plissée.

Cette extrémité est complètement fermée et tapissée extérieurement par du tissu conjonctif ; on ne voit pas facilement les franges. »

OBSERVATION IX. — Orthmann.

(Traduite de l'Allemand.)

« Je veux encore ici publier un cas typique de kyste tubo-ovarien.

Le kyste était de la grosseur d'un petit poing et avait la forme d'une cornue. Sa partie initiale cylindrique était réunie par un coude à angle aigu à une partie terminale sphérique plus grosse. La surface externe du kyste était recouverte d'adhérences ressemblant tantôt à des cordons, tantôt à des membranes. Du kyste terminal se détachait le ligament de l'ovaire.

Le contenu était formé par un liquide limpide.

À la coupe, on voyait dans le premier tiers de la trompe deux plis transversaux faisant vivement saillie, qui étaient évidemment produits par la flexion de la trompe. Sur toute la longueur de la trompe, court un pli de la muqueuse médiocrement haut, communiquant avec un délicat réseau de plis qui occupe le reste de la trompe. Ces plis passent dans le premier tiers de la grande cavité kystique et s'y perdent. Tandis que la face interne aussi loin que s'étendent ces plis muqueux, présente les caractères d'une muqueuse, nous avons à faire dans l'autre partie du kyste, à une surface complètement lisse qui a le brillant caractéristique des kystes folliculaires. Au point d'insertion du ligament ovarien, la paroi du kyste uniformément mince est ici un peu épaissie dans une petite étendue.

L'hypothèse que la plus grande partie du kyste terminal sphérique était formée par un kyste de l'ovaire, fut complètement confirmée par l'examen au microscope. Tandis que dans la région des plis, on trouvait encore des plis de la muqueuse tubaire recouverts encore en beaucoup d'endroits d'un épithélium vibratile et qu'on y trouvait aussi quelques rares faisceaux musculaires, la structure de la paroi lisse était tout à fait différente. Le revêtement épithélial était formé par un épithélium bas cubique ; en certains endroits, il y avait des cellules fusi-

formes ; cet épithélium est placé sur une couche de tissu conjonctif présentant encore en certains endroits des vaisseaux assez nombreux. Au dessus était une couche plus ou moins épaisse de tissu ovarien dans lequel on trouvait quelques corps fibreux et aussi quelques rares follicules disséminés. On trouvait là la constitution caractéristique des parois des kystes folliculaires et cela non seulement au voisinage de l'insertion du ligament ovarien, mais encore dans toute l'étendue de la surface lisse du kyste.

Il s'agit ici dans ce cas, d'un kyste tubo-ovarien formé par la réunion d'un sactosalpinx séreux avec un kyste folliculaire, suivant la théorie de Burnier. »

OBSERVATION X. — Burnier.

(Traduite de l'allemand).

« Le 20 octobre 1874, Bertha Schutz, vint pour la première fois à la clinique, elle était âgée de 29 ans, elle avait eu ses premières règles à 20 ans. Elle avait accouché neuf ans auparavant, elle est mariée depuis trois ans. Bientôt après son mariage, elle eut des hémorrhagies et des douleurs de reins. Les règles étaient devenues irrégulières, depuis trois semaines elle avait des pertes de sang. Le ventre est distendu par une tumeur sphérique nettement sensible et limitée, elle s'étend jusqu'à quatre travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Le tour du ventre mesure 82 centimètres. La tumeur est sensible à la pression, mate à la percussion. Le col est refoulé en arrière, gros et long. Le cul-de-sac antérieur est occupé par une tumeur, qui fait aussi saillie à gauche et en arrière. La tumeur est mobile, on n'y entend pas de bruits de cœur.

Le 6 février 1875, la malade déclara avoir toutes les trois semaines, des hémorrhagies qui duraient huit jours, la dernière s'était produite la semaine précédente. Le ventre est devenu plus gros, le tour atteint maintenant 88 centimètres. La malade se plaint de douleurs de reins et de ventre unies à une sensation de pesanteur. Le col est en arrière et on sent par le palper et le toucher combinés l'utérus gros, comprimé par la tumeur. On avait fait plusieurs injections d'ergotine sans résultat.

En mars, la malade eut ses règles qui durèrent huit jours.

Le 25 novembre 1879, on trouvait : l'utérus en avant, à sa

droite une tumeur pédiculée de la grosseur d'une tête d'enfant, dure. L'ovaire gauche est légèrement gros et adhérent. On jugea l'ablation de la tumeur nécessaire, on croyait que c'était une tumeur ovarienne. L'opération fut faite le 21 décembre par le professeur Schröder.

Opération. — Après avoir ouvert l'abdomen, on aperçut une tumeur grosse comme une tête d'enfant. Elle avait de fortes adhérences avec le ligament large, avec le bord et la face postérieure et supérieure de l'utérus, elles furent difficiles à rompre, on ne pouvait méconnaître les traces d'une ancienne péritonite. Sur la tumeur, que l'on reconnut être un kyste de l'ovaire droit, passait la trompe grosse, pleine de liquide, elle se dilatait progressivement. Le pédicule allant à l'angle supérieur de l'utérus fut lié et sectionné, la tumeur fut enlevée. Sutures. Six jours après l'opération la malade mourut de péritonite.

Description de la tumeur. — Je ne reçus la pièce qu'en 1880, elle était assez rétractée et primitivement grosse comme une tête d'enfant, elle ne présentait plus que le volume d'un poing.

L'ovaire droit a formé un kyste uniloculaire sur lequel la trompe est solidement soudée, elle débouche dans la cavité du kyste, elle est dilatée, mais elle a encore les plis de sa muqueuse. A l'embouche existe un anneau de tissu conjonctif, cet anneau présente un orifice qui, au moment de l'opération, était comparable à une pièce de 1 mark. Schröder avait réussi à chasser quelques gouttes de liquide par l'extrémité sectionnée en pressant sur la tumeur. La trompe fortement dilatée ne présente cependant pas l'aspect ordinaire des hydrosalpinx. Il arrive que si la trompe contient beaucoup de liquide, son méso ne lui permettant pas de se dilater régulièrement, elle fait comme l'intestin, elle devient sinueuse. Ici au contraire, la trompe grossissait, régulière, accolée à la tumeur ovarienne et se confondant avec elle ; le tout avait l'aspect d'une cornue

Le Dr Thiede a fait une description plus complète, il a bien voulu me la communiquer.

« La trompe est très dilatée, les plis de sa muqueuse sont affaissés et espacés. Cette muqueuse paraît très mince, elle a une couleur rouge vif. La structure est normale, l'épithélium existe partout. La muqueuse tubaire écarlate passe sur la paroi interne du kyste par l'orifice de communication entre la trompe

et la tumeur ovarienne, elle forme des ramifications rayonnantes d'abord larges ensuite déliées et minces, leurs extrémités se rejoignent presque au pôle opposé du kyste, on y trouve un délicat épithélium cylindrique. La structure de la paroi du kyste de l'ovaire rappelle celle des kystes du parovarium. Il est lisse, son revêtement interne est formé par un très délicat épithélium cubique, en quelques endroits, on voit des amas de cellules ovales ou rondes. » La paroi du kyste de l'ovaire présentait des follicules de de Graaf. »

OBSERVATION XI. — Terrillon.

Terrillon. — *Kyste tubo-ovarien avec écoulement du liquide kystique par l'utérus et le vagin.*

(Observation recueillie par M. Ed. Vignard, Int. des Hôpit.)

« M^{me} Zoé M..., âgée de 66 ans, entre le 8 septembre 1888, salle Lallemand, n° 9, pour une tumeur douloureuse du ventre qui s'accompagne d'un écoulement utérin abondant. Cette femme a toujours été bien portante jusqu'à l'âge de 63 ans, à 18 ans elle est accouchée péniblement d'un enfant mort et non à terme. La ménopause est survenue à 40 ans.

Début. — Il y a trois années environ, à la suite de chagrins et de fatigues excessives, dit-elle, elle aurait vu sa santé s'affaiblir et ses forces décliner; les mictions deviennent pénibles, douloureuses et la malade souffrait « dans la matrice ». Il y a deux mois environ, elle fut prise brusquement une nuit, d'abondantes pertes d'un liquide analogue au sang des règles; les jours suivants, de rouge, il devint jaune foncé; puis de plus en plus pâle colorant à peine le linge, mais l'empesant fortement.

L'abondance de ce liquide était telle que la malade suivant sa comparaison triviale, mais caractéristique, « coulait comme un robinet de fontaine », qu'elle ne pouvait se lever ni marcher sans qu'on la suive à la trace; elle était contrainte de passer ses journées assise, se garnissant avec un drap plié en dix ou quinze doubles, ce liquide, d'ailleurs n'avait aucune mauvaise odeur.

Etat actuel. — La santé générale est encore bonne, mais la malade dit avoir beaucoup maigri et s'être fort affaiblie. Le ventre est gros, régulièrement arrondi et surtout saillant au-

dessous de l'ombilic ; la circonférence de l'abdomen au niveau du nombril est de 95 centimètres. A la pression, le ventre est douloureux et les douleurs s'irradient vers la région inguinocrurale. La région sus-pubienne est également très sensible. La palpation permet de constater facilement une tumeur de la grosseur d'une tête d'enfant, occupant les régions hypogastrique et ombilicale et débordant vers les flancs surtout du côté gauche. A la percussion la zone de matité passe à environ 5 centimètres au-dessus de l'ombilic et gagne le flanc gauche où la matité est complète. Le flanc droit, dans sa partie la plus déclive, est sonore. La consistance est ferme, dure à gauche, tendue comme kystique à droite ; mais cette dernière sensation n'est pas assez nette pour qu'on puisse affirmer la nature liquide de la tumeur.

Au toucher vaginal, on trouve l'orifice du col très dilaté, laissant pénétrer la moitié de la phalange. La masse utérine est abaissée, les culs-de-sac ont disparu ; l'antérieur surtout est rempli par une masse énorme, arrondie, tendue et douloureuse à la pression. Le col participe aux mouvements imprimés à la masse abdominale.

La malade perd par le vagin un liquide jaunâtre, abondant, trempant rapidement sa chemise et les alèzes dont on la garnit. Le liquide n'a pas d'odeur, il laisse des taches jaunes plus ou moins foncées sur le linge qu'il empèse fortement. Les mictions sont difficiles ; elles ont donné lieu il y a 4 jours à des douleurs intolérables. Il n'existe pas d'œdème des membres inférieurs. En présence de ces symptômes, le diagnostic porté d'abord par M. Jalaguiet qui remplaçait M. Terillon, puis par M. Terrillon lui-même, fut tumeur maligne de l'utérus, probablement sarcome.

La malade fut tenue quelque temps en observation ; le 10 octobre, un mois après son entrée à l'hôpital, le ventre avait notablement grossi ce qui justifiait le diagnostic de tumeur maligne ; la malade souffrait davantage ; elle ne pouvait plus se coucher sur le côté gauche sans éprouver une gêne extrême des douleurs, des étouffements.

On se décida à opérer le 18 octobre.

Opération qui dura 55 minutes ; on ne trouva ni une tumeur solide, ni une tumeur utérine, mais un kyste de l'ovaire gauche,

rempli d'un liquide filant, jaune rougeâtre et très adhérent à l'utérus. Cette adhérence se fait par un pédicule large comme une pièce de 5 francs, très court et implanté sur le fond et à la face antérieure de la matrice.

Examen macroscopique. — La tumeur examinée aussitôt après l'ablation, nous apparaît essentiellement constituée par un kyste du volume d'une tête d'adulte. La surface externe de ce kyste est parsemée de bosselures grosses comme une noix, une noisette, contenant les unes un tissu de végétations rose, molles, visqueux, qui fait hernie dès qu'on a sectionné l'enveloppe, d'autres, et c'est le plus grand nombre, une bouillie brun noirâtre due à un épanchement de sang plus ou moins ancien. On voit encore sur cette surface externe, du côté gauche et comme rampant sur la paroi du kyste, une saillie allongée et sinueuse, bosselée, étranglée çà et là, s'effilant vers la profondeur, où elle offre tous les caractères de la trompe et fait partie du pédicule; dans cette partie effilée son diamètre atteint encore celui du petit doigt, sa consistance est ferme; sa portion la plus renflée, de consistance molle, assez comparable comme forme et comme dimensions à une saucisse, se termine en s'étalant et se fusionnant avec la paroi kystique, sans qu'on puisse trouver trace du pavillon avec ses franges.

Nous ouvrons longitudinalement cette portion renflée et molle de la trompe, et nous la trouvons presque totalement remplie par un tissu végétant, rougeâtre et friable. Mais voici ce qui nous a paru le plus intéressant : d'un côté, la cavité de la trompe se rétrécit sans cesser d'être perméable et présente des végétations plus ou moins nombreuses : de l'autre, elle se continue à plein canal, par un orifice qui admet facilement l'index, avec la grande cavité du kyste. Le kyste est maintenant largement ouvert : nous constatons d'abord une épaisseur très variable de la paroi; celle-ci est par place simplement fibreuse : ailleurs elle est creusée de logettes qui renferment, les unes ce tissu végétant déjà décrit, les autres une bouillie sanguinolente. La surface interne est d'ailleurs partout tomenteuse et présente une coloration alternativement rouge et jaunâtre. Vers l'orifice de communication avec la trompe, on voit des végétations extrêmement ramifiées, molles, gris rougeâtre, analogues

•

à celles qui remplissent, et la cavité voisine de la trompe et les logettes creusées dans l'épaisseur de la poche principale.

En résumé, il s'agit d'un kyste pauciloculaire végétant de l'ovaire communiquant avec la trompe correspondante, d'un kyste tubo-ovarien en un mot.

Examen au microscope. — Au niveau des végétations, la paroi du kyste nous a montré des saillies et des enfoncements multiples, revêtus ou tapissés d'épithélium, présentant l'aspect de villosités ou de glandes en tubes extrêmement ramifiées. L'épithélium est tantôt disposé sur une seule couche et cylindrique, très allongé, tantôt sur plusieurs couches, la superficielle formée de cellules allongées, les profondes de cellules polygonales. »

OBSERVATION XII. — Richard.

« C'est vers le milieu de cet hiver que j'eus l'occasion de faire ma première observation. Ce fut sur une fille publique de 25 à 30 ans, qui fut apportée de St-Lazare à l'Ecole Pratique pour les dissections. L'autopsie n'avait point été faite. Il fut aisé de voir que la femme avait succombé à une affection typhoïde, ce que témoignaient les plaques ulcérées de l'intestin, l'état ramolli et demi suppuré des ganglions abdominaux. Dès que l'abdomen fut ouvert, les parties génitales internes frappèrent mon attention. Je reconnus, chose très commune, un kyste volumineux de l'ovaire et je crus qu'une petite portion d'intestin grêle adhérait à sa surface antérieure. Mais en séparant les parties, je vis que ce qui ressemblait à un intestin était la trompe utérine. En effet tout le ligament large du côté gauche était distendu par une poche kystique grosse comme une tête d'enfant, assez régulièrement sphérique, sur la face antérieure de laquelle venait se mouler la trompe de Fallope, que son origine au fond de l'utérus faisait aisément reconnaître. Ce canal, conservant ses dimensions ordinaires dans son tiers le plus interne, se renflait progressivement à partir de ce point et dans toute sa moitié externe, prenant le calibre d'un intestin grêle, décrivant plusieurs flexuosités analogues à des circonvolutions intestinales; enfin il disparaissait dans les parois du kyste, juste au milieu du bord externe de ce dernier.

Toute la portion renflée de la trompe était pleine de liquide, et en comprimant même légèrement le kyste placé derrière, on sentait le passage évident du liquide de l'un à l'autre. On pouvait ainsi effacer en partie le kyste en gonflant outre mesure la trompe utérine. C'est en ouvrant les deux cavités qu'il me fut impossible de méconnaître la vraie nature de la maladie. La trompe offrait à sa face interne les plis à moitié effacés de sa membrane muqueuse et montrait ainsi qu'elle était le siège, outre une complication mécanique, d'une sorte de travail nouveau ; car les plis longitudinaux qui la sillonnent, véritables valves conniventes, soutenues profondément par une sorte de derme fibreux, ne s'effacent point à l'état normal, quelque forte que soit la distension du canal. A 2 centimètres avant son aboutement dans le kyste, une sorte de bourrelet, de valvule transversale peu extensible, représente l'orifice abdominal de la trompe. De cette saillie jusqu'à l'aboutement, le canal redevient très ample, tapissé des mêmes plis longitudinaux : ces plis sont évidemment les franges du pavillon réunis par une membrane de formation nouvelle ; car on sait que ces franges à l'état normal ne sont que l'épanouissement des plis de la muqueuse. La communication avec le kyste se fait alors par un orifice bien net et comme tranchant assez régulièrement circulaire et sur lequel viennent mourir les derniers débris des franges.

Le kyste lui-même était-il bien né de l'ovaire ? En effet, il n'est pas besoin d'examiner un grand nombre d'organes génitaux de la femme pour reconnaître que les kystes des ligaments larges, nommés généralement kystes de l'ovaire, peuvent naître d'une foule de points différents : du péritoine, des faces de l'utérus, de tous les points possibles de la trompe, du ligament de l'ovaire et surtout des débris du corps de Wolff, de l'organe de Rosemmüller. Au début du développement de ces kystes, il est facile d'apprécier leur origine ; mais quand ils ont grossi, cela devient tout à fait impossible.

Il est un caractère pourtant qui n'appartient qu'aux kystes nés de l'ovaire lui-même ; c'est quand la glande ovarienne effacée en partie et étalée en une sorte de membrane, forme paroi au kyste à son bord interne, comme, dans les bourses, le testicule faisant ou non partie des parois du kyste, fait connaître le siège, le point de départ de l'hydrocèle. Eh bien, ce

caractère existait ici de la façon la plus évidente, et nous avons sous les yeux un kyste né de l'ovaire. »

OBSERVATION XIII. — Richard.

« Très peu de jours après, je trouvai sur une autre femme, mais beaucoup plus âgée que la précédente une pièce exactement semblable. Je l'ai laissée à dessein sans la disséquer ni l'ouvrir pour qu'elle fût plus démonstrative. Le kyste ovarien moins volumineux mais à parois plus épaisses, est étreint comme dans un cercle par le canal rubané, beaucoup plus dilaté proportionnellement que dans le cas précédent, et qui, s'enroulant, s'abouche à la face postérieure de la poche, tout près de l'ovaire. Dans la paroi du kyste en partie vide, on sent très bien, en dedans, la glande ovarienne étalée, point de départ évident de la poche morbide. »

OBSERVATION XIV. — Richard

« Chez une troisième femme, morte de péritonite puerpérale, je vis l'ovaire et la trompe du côté droit dans un état parfaitement normal. L'ovaire de ce côté renfermait encore le corps jaune de gestation. Du côté gauche, je trouvai ce que je viens de décrire dans les deux cas précédents, mais avec des particularités remarquables. La poche ovarienne n'était pas très considérable ; elle était multiloculaire. L'ovaire, tout en constituant sa paroi interne, faisait saillie en ce point au lieu de s'étaler ; car il était hypertrophié. Puis, au côté externe de la poche venait la communication avec la trompe, s'opérant d'abord par un canal court et assez étroit auquel succédait une ampliation tubaire plus brusque, plus sphérique que dans les cas précédents et n'envahissant point autant l'intérieur du conduit.

Par suite de la cause de mort, cette pièce était complètement putréfiée ; j'espérai la conserver mieux en l'insufflant, mais elle fut perdue. »

OBSERVATION XV. — Richard.

« Enfin, une dernière pièce, sur une jeune phthisique morte à la Charité, permet de saisir en quelque sorte sur le fait ce travail

pathologique commun de l'ovaire et de son canal excréteur. Ici, avant la dissection, on ne voit d'abord que l'amplication de la partie externe de la trompe, et l'on croirait à une hydropisie propre de ce canal greffé sur l'ovaire. L'ovaire lui-même semble n'offrir d'autre changement qu'une notable augmentation de volume ; mais en le comprimant on le sent, fluctuant, plein de liquide, et l'ouverture des parties étant faite, on voit la poche, tubaire, comme dans les exemples rapportés plus haut, s'ouvrir par un orifice, rétréci et régulièrement circulaire, dans l'intérieur d'un kyste ovarien creusé au centre même de cette glande. C'est là, on peut le dire, le premier âge de la maladie.»

OBSERVATION XVI. — Griffith.

(Traduite de l'Allemand.)

« Je dois l'observation au Dr A. Routh, la partie clinique n'a pas d'importance, la tumeur fut enlevée à l'autopsie d'une femme de 27 ans, qui mourut 3 ans 1/2 après une grave lésion de la colonne vertébrale, lésion qui causa une paraplégie.

La pièce comprend l'utérus, les annexes et un kyste du volume d'une tête d'enfant.

L'utérus est un utérus de jeune fille et paraît normal, les annexes gauches paraissent aussi normales. L'ovaire et la trompe du côté droit ont subi les altérations suivantes :

L'ovaire est transformé en un kyste uniloculaire à parois minces mesurant 5 pouces sur 3 pouces 1/2. On voit que le ligament utéro-ovarien vient s'y fixer, et au point d'insertion de ce ligament on voit aussi nettement du tissu ovarien. La paroi du kyste est blanche et brillante, elle est réellement mince dans sa plus grande partie. La trompe mesure 9 pouces de longueur, son tiers externe se dilate progressivement tandis que ses deux tiers internes ne sont pas dilatés. L'extrémité frangée adhère au kyste de l'ovaire et communique avec lui par un large orifice rond de 2 pouces de diamètre. La trompe présente les caractères habituels de l'hydrosalpinx, la réunion de la trompe et du kyste produit une tumeur qui ressemble à une cornue. On ne voit aucune traces de franges ni à l'extérieur ni à l'intérieur.

Le contenu du kyste fut malheureusement perdu c'était un

liquide clair. L'union de la trompe et du kyste paraît due à une inflammation dont on peut voir des traces dans la zone de transitions et aussi sur la trompe droite à l'extrémité utérine de laquelle adhère un lambeau d'épiploon. »

OBSERVATION XVII. — Schentauer.

(Traduite de l'Allemand.)

« L'utérus à paroi épaisses, ferme, portant dans sa paroi antérieure, sous l'insertion de la trompe droite une tumeur fibreuse grosse comme une noisette est fixé au rectum par des fausses membranes au milieu desquelles disparaît l'extrémité fermée de la trompe gauche et aussi l'ovaire gauche portant deux corps jaunes.

L'ovaire droit est transformé en un kyste gros comme une tête d'enfant, rempli de sérosité claire, fixé dans le bassin. Il communique en haut au moyen d'un orifice rond, à bords tranchants, d'un diamètre supérieur à celui d'un pois avec la trompe droite, à l'orifice externe de celle-ci. Au-dessous de cet orifice, en avant, la paroi du kyste s'amincit jusqu'à devenir translucide sur une étendue nettement limitée, ronde en arrière la paroi est au contraire épaissie. La trompe droite est augmentée de volume, ce volume est doublé dans la moitié externe, elle adhère sur une étendue d'un pouce à la paroi du kyste et s'ouvre dans ce kyste comme il a été dit. La paroi de la trompe est un peu épaissie et les plis de sa muqueuse ont disparu. »

OBSERVATION XVIII. — Hildebrandt.(1)

Il s'agit d'une communication entre la trompe et un kyste multiloculaire de l'ovaire. Le kyste tubo-ovarien atteignait le volume d'un utérus à la fin de la grossesse et contenait 15 litres d'un liquide verdâtre épais avec des grumeaux fibrineux de couleur jaune et beaucoup de cholestérine.

La tumeur était extrêmement adhérente aux organes voisins, ont dut renoncer à enlever entièrement. La trompe avait un volume 4 fois plus gros que son volume normal. La surface

(1) Nous ne donnons pas ici l'observation de Hildebrandt, in-extenso, il nous a été impossible de la retrouver; nous avons essayé de la reconstituer d'après les citations de Burnier, Galdspohn, etc.

interne de la trompe et la surface interne du kyste étaient en parfaite continuité. On pouvait facilement faire passer l'index par l'orifice qui faisait communiquer la trompe et le kyste. La surface interne du kyste montrait en certains endroits des excroissances verruqueuses.

OBSERVATION XIX. — Lober

(Traduite de l'Allemand.)

« La première des deux tumeurs se présente comme un kyste de la grosseur du poing, assez mou, divisé à peu près en son milieu par un étranglement annulaire. Abstraction faite de cet étranglement, la configuration de cette tumeur est celle d'un ovoïde assez régulier. La circonférence suivant la longueur est de 23 centimètres, suivant la largeur, elle est de 18 centimètres. Le diamètre en longueur est de 10 centimètres, le diamètre en largeur de 7, l'épaisseur de 4.

Au pôle de ce kyste opposé à l'extrémité abdominale de la trompe, sur la paroi existe un kyste gros comme une noix, hémisphérique, à parois minces. La surface de la tumeur n'est pas formée par une surface péritonéale lisse, il y avait au contraire de nombreuses adhérences fibreuses, certaines sont larges comme des ligaments, d'autres sont grêles comme des cordons, certaines atteignent une longueur de 10 centimètres. La trompe s'applique sur la surface qui lui est adjacente, elle y adhère sur une longueur de 10 à 12 centimètres. Son extrémité utérine est normale, placée entre les deux feuillets du ligament large, elle n'adhère pas au kyste, elle a 5 millimètres de diamètre et 3 centimètres $1/2$ de longueur. Plus loin, l'extrémité abdominale est confondue avec la paroi du kyste, cependant, la transition entre la trompe et le kyste peut toujours être distinguée par un étranglement. Dans cette région, la trompe est kystique, dilatée jusqu'à 15 à 20 millimètres à l'embouchure, on ne trouve pas extérieurement trace d'ostium abdominale ou de franges. Le dernier segment qu'il soit possible de reconnaître comme appartenant à la trompe présente un kyste gros comme une noix, ses parois sont minces.

Immédiatement au-dessous de la portion juxta-utérine normale de la trompe est placé, faisant une légère saillie, un reste

de tissu ovarien, il a 2 centimètres de longueur et 1 de largeur.

Le kyste s'est développé entre les deux feuillets du ligament large, il paraît mou, multiloculaire, car son contenu liquide et clair ne se laisse pas facilement mouvoir. Les parois n'ont pas une épaisseur uniforme.

A la coupe on voit qu'il s'agit bien d'une tumeur kystique multiloculaire. Deux kystes à peu près égaux sont réunis par un large orifice, la cloison s'étant résorbée et perforée. La trompe fut aussi ouverte, son canal se transforme en un petit kyste gros comme une noix placé dans la paroi de la tumeur ; ce kyste tubaire communique avec la première cavité, mais seulement par un petit orifice. On ne voyait plus rien des franges de la trompe, mais la muqueuse tubaire présentait de nombreux plis longitudinaux. Le contenu du kyste était séreux, trouble, lactescent, contenant des fragments blancs comme du fromage.

La deuxième tumeur était un peu plus petite. C'est une tumeur kystique. Ses parois sont d'une épaisseur variable qui à la coupe va jusqu'à 3 millimètres. Le volume de la tumeur peut être comparé à celui du poing d'un enfant, le kyste étant déjà ouvert. Il était composé de deux chambres, l'une à parois minces, l'autre à parois épaisses. Une portion latérale du kyste à parois épaisses est placée, séparée par un étranglement net, sur le kyste à parois minces qui est moitié moins gros. Les deux ne communiquent pas. Les parois du plus petit kyste sont minces comme du papier et translucides. Le contenu ne peut malheureusement pas être décrit, la tumeur ayant été déjà ouverte. Grâce à cette disposition, la masse ressemble beaucoup à la vessie d'un poisson. Seule la surface du kyste à parois minces est lisse, partout ailleurs, la surface de la tumeur paraît écorchée, des adhérences de tissu conjonctif plus longues ou plus courtes, tantôt filiformes tantôt plus fortes alternent avec de nombreuses productions fibreuses. Le kyste à parois minces communique par un couloir long et étroit placé dans la paroi de l'autre chambre avec un autre kyste gros comme une fève.

On ne peut en aucun endroit indiquer nettement de reste d'ovaire. Par contre on voyait la trompe sur une étendue de 9 centimètres et dilatée jusqu'à 1,5 centimètres soudée avec la

cavité à parois fortes. Il y a donc la trompe et un kyste séparés par un rétrécissement, le calibre de la trompe paraît rétréci par épaissement de la paroi.

Lorsque la trompe eut été ouverte suivant sa longueur on vit les plis de la muqueuse fortement épaissis. De l'extrémité abdominale de la trompe on arrive par un orifice net rond, dans un petit kyste du volume d'une noisette; celui-ci à son tour communique avec la chambre à parois épaisses par un orifice de la dimension d'une lentille. A l'intérieur de ce conduit, on ne peut rien voir des franges.

Par contre, sur la surface interne du kyste, sur la bande annulaire, saillante limitant l'orifice de communication on voit, non seulement, les replis de la muqueuse tubaire passer à l'intérieur du kyste sur la paroi, mais encore, on découvre une frange libre sauf à sa base et à son extrémité. Base et extrémité sont soudées à la paroi du kyste, la frange ressemble ainsi à un arc ou à une anse dans la région de transition entre la trompe et le kyste.

La surface interne du kyste est très raboteuse et granuleuse.

La trompe est à son extrémité abdominale seule un peu dilatée, la partie interne est libre sur une longueur de 4 centimètres.

La trompe n'est pas particulièrement sinueuse. »

OBSERVATION XX. — Wachsmuth

(Traduite de l'Allemand.)

« Ce même cas est rapporté dans la thèse de W. Thorn, 1883, sur la « Torsion des tumeurs de l'ovaire ».

M^{me} R., âgée de 29 ans, avait accouché 3 fois; souffrant depuis 3 ans de troubles de la menstruation, elle tomba subitement malade après avoir fait un saut au-dessus d'un fossé, elle présenta alors les symptômes d'une péritonite aiguë. Les jambes et surtout le ventre enflèrent beaucoup. La malade dut garder le lit pendant 16 semaines. Plus tard son état s'améliora quelque peu, cependant, elle souffrit encore de maux de tête, eut des syncopes, peu d'appétit et de violentes douleurs dans le ventre et dans les reins. Deux mois après sa première maladie on trouva en l'examinant, une tumeur grosse comme un

poing environ placée dans le petit bassin. Elle avait une consistance élastique et une surface légèrement irrégulière, elle était légèrement sensible à la pression ; elle était quelque peu mobile et pouvait en partie être refoulée dans le grand bassin, elle restait cependant toujours perceptible dans le petit bassin, et il semblait qu'un obstacle l'empêchait d'être tout à fait refoulée.

La tumeur était liée à l'utérus, on reconnaissait nettement qu'elle lui était unie par une membrane large d'environ trois doigts, longue de $1/2$ centimètre descendant très bas le long de l'utérus.

On supposa une torsion du pédicule.

L'opération fut assez difficile. La tumeur adhérait à la paroi postérieure du bassin. Il fallut assez longtemps pour dégager la tumeur des parties environnantes qui l'encapsulaient. Elle paraissait verdâtre, grosse à peu près comme deux poings ; avait une forme allongée et une surface lisse. Le pédicule était un peu tordu et d'une couleur rouge brun. La trompe adhérait largement et solidement à la tumeur sur une longueur de 6 cm. (l'extrémité utérine de la trompe faisait partie du pédicule mais elle n'était pas tordue). L'extrémité abdominale de la trompe était fortement dilatée, elle avait à peu près la forme et le volume d'un œuf de poule, sa couleur n'avait pas changé et elle se distinguait par là de la tumeur d'une façon tout à fait nette. La tumeur était un kyste simple, au moment de l'opération, il contenait une matière brune, rougeâtre, consistante et des caillots rouge-sombre en partie adhérents à la paroi. Après l'ablation, on s'aperçoit que les franges de la trompe flottent dans la cavité du kyste. L'orifice annulaire de la paroi du kyste à travers lequel s'avancent les franges offre tout autour un bord épais et solide. Certaines franges sont soudées avec ce bord par des tractus de tissu conjonctif qui ressemblent à des cordons ou à des ligaments. En passant au milieu des franges on arrive dans la cavité qu'offre la trompe dilatée. Il y a un autre petit orifice portant une frange qui se distingue des autres par sa grosseur et sa longueur, c'est peut-être la frange ovarique. De plus, du côté du point de communication entre le kyste et la trompe, on trouve de nombreuses portions de franges qui paraissent rompues. Les bandes et plis

de la muqueuse tubaire sont encore en partie conservés. Il s'agit indubitablement d'un kyste tubo-ovarien. La pièce est nette. »

OBSERVATION XXI. — Blasius.

.(Commentatio de hydrope ovariorum profluente).

Il s'agit d'une femme qui mourut à 27 ans, du choléra. Depuis deux ans, avaient apparu d'abord une puis deux tumeurs dans le ventre. Elles n'avaient jamais produit d'écoulements par les parties génitales.

On trouva à l'autopsie une double affection multiloculaire kystique des ovaires.

L'utérus était placé à peu près au milieu entre les deux tumeurs, il était un peu gros, il contenait une matière brun jaunâtre. Les trompes atteignaient 9 à 10 pouces de longueur, elles étaient étendues sur les ovaires et leur adhéraient presque partout mais surtout dans la région des franges de telle sorte que celles-ci étaient placées extérieurement sur la surface antérieure des tumeurs à la façon des doigts de la main. — La trompe droite était perméable depuis l'utérus jusqu'à l'ovaire, ouverte suivant sa longueur, on la voyait remplie du même liquide que l'utérus et se perdait dans une loge de l'ovaire droit, loge sans doute déjà été évacuée.

La trompe gauche n'était perméable que dans la moitié de son trajet.

OBSERVATION XXII. — Kötschau

(Traduite de l'Allemand.)

« La tumeur a été enlevée à une femme de 32 ans, qui pendant 8 ans de mariage ne devint jamais enceinte. Après son mariage, ses règles furent irrégulières et douloureuses. Pendant quatre ans, elles furent accompagnées de crises épileptiformes suivies de pertes de connaissance qui duraient plusieurs heures. Ensuite elle eut des maux de têtes et des douleurs dans le dos, elle était très constipée.

- Je trouvai à droite un kyste de l'ovaire gros comme une tête d'enfant, pour le côté gauche, j'acceptai le même diagnostic. J'opérai le 21 février 1889, j'enlevai d'abord la tumeur gauche

qui était très adhérente et que je reconnus ensuite être un kyste tubo-ovarien ; j'évacuai par une ponction le kyste droit et je l'enlevai ainsi que l'ovaire du même côté. Je fis avec M. Stiker l'examen anatomique des tumeurs. »

(Du côté droit, il existait un volumineux hydrosalpinx, l'ovaire en était totalement indépendant.)

« La tumeur qui vient du côté gauche est composée d'un kyste à parois épaisses du volume d'un gros œuf de poule, d'une partie tubaire très dilatée qui est à la première ce que le col est à la panse d'une cornue, d'un ovaire aminci qui forme une partie de la paroi du kyste. Cette tumeur diffère par ce dernier point de celle du côté droit. Le calibre de la trompe s'accroît régulièrement mais elle est partout dilatée, si bien que la trompe étant ouverte et étalée, on trouve du côté de l'utérus une largeur de 2 cent. 5, et à l'embouchure dans la partie très dilatée, 6 centimètres. Il faut noter que la paroi interne du kyste présente un orifice du diamètre d'une pièce de un pfenning qui fait communiquer avec une cavité intra ovarienne, le pourtour de cet orifice présente des plis rayonnants. Il faut noter que la paroi du kyste, dont l'épaisseur atteint 2 millimètres présente une surface externe injectée, couverte de fausses membranes, la surface interne présente des taches de pigment brun. »

(Un dessin est joint à l'observation, il supplée dans une certaine mesure à l'insuffisance de la description.)

OBSERVATION XXIII. — Runge.

(Traduite de l'Allemand.)

« M^{me} U..., de Saint-Petersbourg, 37 ans, 15 ans de mariage, stérile. Elle fut réglée à 16 ans, depuis neuf ans, les règles qui avaient été jusque là régulières et non douloureuses, deviennent irrégulières et douloureuses, accompagnées de maux tête et de vomissements ; les douleurs se faisaient surtout sentir dans le côté droit du ventre ; plus tard ces douleurs ont persisté même en dehors des règles, dans les mouvements violents ou dans les mouvements faits pour se baisser ou soulever un objet. Depuis quelques années, elle avait un écoulement, cet écoulement avait son origine dans la tumeur qui depuis quelque temps avait diminué de volume. Les douleurs augmentant, la malade se

présenta à la clinique. Les règles avaient eu lieu la semaine précédente accompagnées des douleurs que nous avons signalées.

La malade présente une bonne constitution générale, un examen des organes internes ne laisse rien voir de particulier.

Par la palpation de l'abdomen, on tombe sur une tumeur, douloureuse, au-dessus des branches horizontales du pubis, elle se continue dans la profondeur du bassin,

Par le toucher et le palper combinés, on trouve un utérus de volume normal et normalement placé, le col avec son orifice singulièrement étroit. A droite de l'utérus existe une tumeur fluctuante du volume d'un poing environ, elle est très sensible, mobile, reliée à l'utérus par une sorte de cordon assez gros.

On examine plus minutieusement sous le chloroforme et on trouve que la tumeur se compose de deux parties séparées par une dépression sensible. La partie la plus rapprochée de l'utérus est très tendue, elle se termine par une sorte de cordon gros comme un doigt, allant vers l'utérus, sinueux et s'amincissant nettement. La partie externe plus petite est dure et inégale, un cordon allant vers l'utérus s'en détache.

L'ovaire gauche présente un volume normal. A droite, en dehors de la tumeur on ne peut rien palper qui puisse être identifié à un ovaire.

Diagnostic. De tout cela, il résulte que l'on peut accepter sûrement l'idée d'une tumeur de l'ovaire droit. Il était difficile d'interpréter la partie sinueuse allant vers l'utérus ressemblant à une saucisse ou à un intestin. On pouvait penser à un hydrosalpinx ou à un pyosalpinx. Il ne fallait pas exclure l'idée d'une tumeur tubo-ovarienne, j'émis cette hypothèse.

Je proposai l'ablation, elle fut acceptée et faite le 10 juin 1884. L'opération n'offrit rien de bien remarquable. Lorsque la paroi fut incisée, la tumeur fut mise à nu. C'était une tumeur kystique du côté droit, fixée à l'utérus par la trompe dilatée. Pas d'adhérences. Le pédicule large et très vasculaire nécessita un grand nombre de ligatures.

L'examen montra qu'il s'agissait d'un kyste tubo ovarien. La tumeur est divisée en deux parties par une profonde dépression : une partie à laquelle tient l'ovaire grossi et épaissi, une partie considérablement plus grosse se terminant par la trompe sinueuse ; elles sont fluctuantes. La partie la plus grosse con-

tient 150 grammes d'un liquide jaune, clair, non visqueux. Ce liquide ne se coagule pas par le repos et ne se trouble que légèrement par l'ébullition. Densité, 1015. Après évacuation, les deux parties s'affaissent mais la dépression qui les sépare existe toujours, si l'on introduit une sonde, on voit qu'elles communiquent largement.

Anatomie pathologique. (Thoma). — La pièce comprend la trompe droite, l'ovaire droit et la portion du ligament comprise entre eux deux. La trompe paraît dilatée, tortueuse, variqueuse. Elle se confond sans transition nette avec un kyste du volume d'une pomme environ et dont les parois sont minces. Le kyste est ouvert, son contenu évacué, au-dessous du kyste se trouve l'ovaire gros, cylindrique, épais. Dans le tissu de l'ovaire existent de nombreux follicules de de Graaf et un gros corps jaune.

Kyste et ovaire sont solidement soudés et inséparables, la transition est marquée presque partout par un sillon net.

Dans le triangle formé par la trompe, l'ovaire et le kyste, on remarque plusieurs bandes de tissu conjonctif nouvellement formé.

La cavité du kyste dont les parois sont minces se confond par l'intermédiaire d'un rétrécissement semblable à un collier avec celle de la trompe médiocrement dilatée. Partant de ce rétrécissement semblable à des rayons, on peut voir à la face interne du kyste 5 ou 6 formations semblables à des plis. On incise maintenant la trompe et on remarque que ces formations semblables à des plis, sont la continuation des nombreux plis de la muqueuse tubaire. On voit en même temps que la trompe est perméable dans toute sa longueur, son calibre au voisinage de l'utérus paraît très étroit.

A l'aide du manche d'un scalpel, la paroi se laisse facilement diviser en deux couches. C'est d'abord une couche faisant suite à la tunique musculaire et à la muqueuse de la trompe peu altérée, tandis que la couche externe correspondant à la séreuse s'étend sur tout le kyste.

En un endroit A, placé dans la paroi du kyste, latéralement, non loin de l'attache de l'ovaire on remarque une cicatrice ronde déprimée de 3 à 4 mm. de diamètre. Vers cette cicatrice, comme vers un pôle, convergent les fibres de la musculouse et aussi

la séreuse. A cet endroit, muqueuse, musculieuse et séreuse sont intimement soudées et confondues.

On coupe maintenant l'ovaire suivant sa longueur. On voit que le gros kyste communique avec une deuxième cavité kystique, placée complètement à l'intérieur de la substance ovarienne. Cette cavité forme avec celle déjà décrite un gros kyste à deux compartiments auquel on peut reconnaître une partie ovarienne et une grosse partie tubaire. A la surface externe de la pièce la limite de ces deux parties est marquée par le sillon décrit plus haut; à l'intérieur cette limite est marquée par un rebord saillant. L'orifice qui fait communiquer les parties ovariennes et tubaires paraît être dû à un défaut de la musculieuse tubaire qui n'explique aucun ostium préformé mais qui a dû se produire secondairement.

Diamètre de la partie ovarienne, du kyste, 20 à 25 mm. La face interne est lisse, elle présente deux saillies formées par des follicules de de Graaf du volume d'un pois, et placés dans le stroma ovarien au voisinage de la surface interne du kyste. On trouve encore sur cette surface de la partie ovarienne, une dépression où la paroi offre un aspect cicatriciel. La surface de cette partie du kyste n'est pas directement formée par le tissu de l'ovaire, elle offre une légère couche de tissu conjonctif, de 0,5 à 0,8 mm. d'épaisseur.

A cette couche est accolé le tissu ovarien, mais il ne peut pas en être séparé par le manche du scalpel. Si en commençant dans la partie tubaire on essaye de séparer la muqueuse de la musculieuse on y parvient que jusqu'à la transition entre la partie ovarienne et la partie tubaire. Enfin il faut dire qu'en plusieurs endroits existent des taches pigmentées en jaune orangé. La partie tubaire se compose d'une muqueuse, d'une musculieuse et d'une séreuse. La cicatrice A marque évidemment la place de l'ostium abdominale fermé. »

OBSERVATION XXIV. — Reboul.

(Traduite de l'Allemand.)

« M^{me} Wiener, 38 ans, bien portante dans sa jeunesse, réglée à 17 ans, depuis lors, règles régulières et sans aucune douleur jusqu'à 36 ans; mariée à 22 ans; à 25 ans elle accouche norma-

lement mais, un an après, avortement. Après son accouchement, elle eut pendant plusieurs mois des douleurs dans le bas-ventre. Depuis sa 36^e année, les règles sont irrégulières, accompagnées de douleurs dans le côté droit. La malade entra à la clinique le 15 mai.

On trouve: l'utérus en position à peu près normale, l'hystéromètre pénètre de 6 centimètres. A droite contre l'utérus, on sent, s'élevant dans le petit bassin, une tumeur de la grosseur du poing environ, fluctuante, mobile. Les annexes droites paraissent la traverser. A gauche, on trouve tout contre l'utérus, une tumeur plus petite et plus dure qui paraît formée par les annexes gauches.

Le 19, la malade fut examinée sous le chloroforme. A gauche, la tumeur oblongue est reliée par un court pédicule à la trompe utérine, il en est de même à droite.

Diagnostic : hydrosalpinx probable. Laparotomie le 24 mai. La tumeur droite s'étend jusqu'au cæcum sous le péritoine, elle est de la grosseur du poing. La trompe est placée au-dessus, ressemblant à un cordon gros comme le doigt. La tumeur fut assez facilement isolée. Le pédicule qui la reliait à l'utérus, la trompe, fut coupé entre deux ligatures; légère hémorrhagie.

La tumeur gauche était très adhérente et recouverte de fausses membranes.

Anatomie pathologique (aussitôt après l'opération): Tumeur kystique du volume du poing se perd en un cordon de la grosseur du doigt, cylindrique (trompe), ce cordon est intimement soudé à la tumeur sur une longueur de 8 centimètres, il est libre sur une longueur de 3 centimètres, cette extrémité libre se continue avec l'utérus. (Kyste tubo-ovarien).

Anatomie pathologique (observation personnelle du début de cette année). Le kyste a une forme généralement ovalaire. Sur lui est placée la trompe dilatée grosse à peu près comme le doigt; elle présente une longueur de 9 à 10 centimètres sa plus grande partie (7 à 8 centimètres) adhère au kyste. La partie abdominale de la trompe se confond sans rétrécissement et sans transition nette avec la paroi du kyste. Le kyste et la trompe adhérente furent coupés en deux moitiés aussi symétriques que possible. Le plus grand diamètre atteint 10 centimètres, les autres ont 8, 5 et 9, 5. Les parois ont une épaisseur variable.

La plus forte épaisseur se trouve au point de réunion de la trompe avec le kyste, on trouve là encore, un peu de tissu ovarien non entièrement dégénéré. D'autre part, en voyant le kyste par sa face interne, à l'œil nu, on remarque une petite proéminence c'est un kyste ovarien gros comme une cerise; il est placé dans l'épaississement de la paroi, à quelques millimètres seulement de la trompe. La trompe est sinueuse, dilatée, elle a environ $3/4$ de centimètre de diamètre, dans sa partie abdominale elle est conique, elle est obstruée sur une étendue de 1 cm. 5, par des proliférations de la muqueuse, quant au reste de la paroi tubaire, elle est d'épaisseur variable.

En certains endroits, là où la trompe adhère sur le kyste de l'ovaire, abstraction faite de la muqueuse, les parois ont la minceur d'une feuille de papier, la paroi interne du kyste de l'ovaire est presque en contact avec la muqueuse tubaire. Ici la muqueuse a, comme dans la partie obstruée, un aspect vermoulu. On voit de nombreux orifices, gros comme une tête d'épingle ou un grain de millet, disposés par groupes. Au microscope, on voit ces cavités sont tapissées par le même épithélium qui recouvre le reste de la muqueuse, à l'intérieur on y trouve des masses provenant sans doute de la désagrégation de l'épithélium. »

OBSERVATION XXV. — Olshausen. (I).

(Traduite de l'Allemand.)

« M^{me} Retter, 29 ans, a eu en 12 années de mariage 3 enfants dont le plus jeune est âgé de 8 ans. Depuis 7 ans, chaque année elle a eu quelque violente métrorrhagie. Il y a six mois, elle a eu une violente péritonite qui l'a obligée à garder le lit pendant 16 semaines.

La tumeur atteint seulement le volume du poing, elle est entièrement dans le petit bassin, largement reliée à l'utérus, on peut la réduire en partie au-dessus du détroit supérieur.

Laparotomie (29 mars 1881). Je trouvai la tumeur placée dans une capsule, hors de laquelle je la délogeai sans hémorrhagie, très profondément derrière les intestins. La trompe était sur une longueur de 4 à 6 centimètres, très dilatée au voisinage de la tumeur et sans changement de couleur tandis que la paroi kystique et le pédicule paraissaient verdâtres et brun rouge.

L'ovaire gauche était petit mais enveloppé de fausses membranes.

La tumeur extirpée, à peine grosse comme le poing, était complètement lisse sur sa surface externe : à l'intérieur, elle contenait une matière épaisse, brun, rougeâtre et aussi des caillots qui étaient en partie solidement attachés à la surface interne. Au kyste il était attaché environ 5 centimètres de trompe.

Après avoir ouvert on voyait que le kyste comprenait deux parties réunies par un col commun à peine de la grosseur du doigt. Cette partie correspond à la dernière portion de la trompe. De là, partaient les franges non altérées, sans allongement, libres dans la partie ovarienne de la tumeur. En passant au milieu des franges, on arrive dans le canal tubaire qui ne contenait qu'un liquide sanguinolent et aucun caillot. Le kyste présentait encore un autre orifice, tout étroit, à côté de la zone rétrécie, cet orifice se poursuit vers l'extérieur dans une frange (frange ovarique) que l'on peut aussi suivre dans une certaine étendue à l'intérieur. »

OBSERVATION XXVI. — Olshausen. (II).

(Traduite de l'Allemand.)

« Dans le deuxième cas, il s'agissait d'une femme de 34 ans, multipare. Le kyste était également de la grosseur du poing et placé à droite dans le petit bassin. Il fut comme le précédent énucléé et son pédicule fut lié. La tumeur enlevée (le 10 décembre 1881) présentait une forme irrégulière ; ouverte c'était simplement un kyste à parois minces, la surface interne était lisse, le contenu était séreux. La partie tubaire communiquait avec la partie ovarienne par un orifice de 5 centimètres de diamètre, tandis que la partie moyenne de la trompe était bien perméable mais nullement dilatée. La portion non dilatée fut sectionnée tout près de l'utérus, elle avait 7 centimètres de longueur, ses parois étaient un peu épaissies. Sur la surface interne de la partie ovarienne, on voyait se perdre une unique frange. L'ovaire gauche ne fut malheureusement pas palpé au moment de l'opération. »

OBSERVATION XXVII. — Olshausen. (III).

(Traduite de l'Allemand.)

« Mina Lauë, 27 ans, célibataire, pas d'enfant. Elle a depuis de nombreuses années des règles abondantes et profuses. Volumineuse tumeur.

L'opération faite le 22 avril 1881 permit de voir une tumeur multiloculaire du côté droit. Le contenu de ce gros kyste était liquide et de couleur rouge sale, toute la tumeur était recouverte par le péritoine, une partie, relativement faible, était fixée dans le ligament large. Elle fut décortiquée, le pédicule était le pédicule habituel. Sur la tumeur présentant la constitution d'un kyste prolifère ordinaire, on pouvait suivre la trompe sur la longueur extraordinaire de 53 centimètres nettement dilatée et épaissie. Elle présentait sur une longueur de 28 centimètres, dans sa partie moyenne, un large méso, tandis que la partie latérale, 25 centimètres, se perdait dans la paroi de la tumeur. Ouverte elle évacue un liquide fluide brunâtre, elle se laisse poursuivre dans un kyste faisant partie de la tumeur et gros comme le poing, elle débouche brusquement dans ce kyste. Cette embouchure vue de côté du kyste est fort plissée ; les franges sous forme de plis se prolongent sur la surface interne du kyste, collées et rayonnant sur cette surface.

A l'opération on trouve encore l'ovaire gauche augmenté de volume, gros comme le poing, adhérent dans le cul-de-sac de Douglas, il fut décollé et enlevé. C'était un simple kyste dans la cavité duquel débouchait la trompe adhérente. La trompe était hydropique et sinueuse.»

OBSERVATION XXVII. — Galdspohn. (I).

(Traduite de l'Anglais.)

« M^{me} D..., 33 ans ; généralement en bonne santé, depuis son enfance, tout à fait bien réglée depuis sa quatorzième année, mariée à 13 ans, 2 enfants l'un de 11 l'autre de 7 ans. Elle eut une endométrite pendant plusieurs années après son deuxième accouchement, ensuite deux ans de bonne santé, un an avant l'opération une attaque de fièvre appelée typhoïde qui

dura quatre semaines, elle en sortit avec une poche tubaire nette à gauche et une douleur continuelle quelquefois lancinante devenant insupportable pendant les règles. Cette malade eut une perte deux semaines avant l'opération ; elle lui donna un soulagement tel qu'elle douta de la nécessité d'une opération, la veille de cette opération après avoir cependant asséché le vagin on y trouve 20 ou 30 centimètres cubes d'un liquide semblable à de l'eau, lorsque l'on eut pratiqué l'exploration bimanuelle du kyste. J'ai en somme trouvé une femme en bonne santé mais avec un utérus un peu gros, sensible, en position normale et d'une mobilité atténuée ; à sa gauche, une poche fluctuante, sensible, immobilisé du volume d'un petit poing avec les caractères généraux d'un hydrosalpinx, mais bas situé ; l'ovaire ne put être senti ; les annexes du côté droit parurent normales.

Diagnostic: hydrosalpinx gauche.

Le 21 janvier 1892, laparotomie et ablation des annexes gauches, guérison normale et bonne santé depuis lors.

Le kyste fut délogé sans rupture, il était gros comme un poing moyen et adhérent sur presque toute sa surface. Lorsque la ligature placée à l'extrémité utérine eut été enlevée, le liquide contenu put être expulsé en comprimant le kyste. Dans sa partie supérieure, il put être énuclée mais en dessous il fallut lier à une certaine distance et enlever avec le kyste une partie du ligament large. La tumeur présentait une couleur blanc bleuâtre, elle avait presque partout des parois membraneuses, minces dans lesquelles on pouvait voir des fibres de peu d'importance ou non musculaires. Le Dr B. Robinson qui m'assista la présenta à la société de Gynécologie de Chicago de la façon suivante :

Le kyste avait la forme d'une cornue, l'ovaire couvre l'extrémité abdominale de la trompe comme un bouclier et il s'étend si mince qu'on peut voir au travers. La trompe ne porte pas trace de franges et de près toute trace de muscle dans l'ampoule a disparu. Il contient environ quatre onces d'un liquide couleur paille renfermant une substance qui se comporte comme l'albumine et qui peut être appelé paralbumine. Dans ce liquide, on trouve des cellules ciliées mais surtout non ciliées, des cristaux d'hémoglobine et une substance gélatineuse.

J'ai égaré cette pièce. »

OBSERVATION XXIX. — Galdspohn (II).

(Traduite de l'anglais.)

« M^{me} R..., 36 ans. Rhumatismes aigus à 15 ans, règles à 13 ans et régulières tous les mois, depuis lors dans l'intervalle des grossesses ; mariée de sa vingtième à sa trentième année ; une grossesse normale à 22 ans et une fausse couche de 4 mois à 23 ans. Deux ans plus tard, elle entre à l'hôpital pour une inflammation pelvienne, elle y reste 3 mois, depuis lors douleurs pelviennes lentes et surtout du côté gauche ; fréquemment syncopes après le coït.

Etat actuel : Mis à part l'état de son bassin, la malade a une bonne santé générale. L'utérus est en position normale, il est gros, ferme, sensible et en grande partie mobile. Du côté gauche, on trouve un corps kystique distinct du volume d'une petite pomme, uni à l'utérus mais non mobile et pris pour un hydrosalpinx. Du côté droit, une trompe comme un tuyau de pipe et un ovaire dur, bosselé, gros, immobile, extrêmement sensible peuvent être perçus par l'exploration bimanuelle.

Le 27 février 1894, laparotomie, ablation d'un kyste tubo-ovarian du côté gauche et d'une trompe épaissie, d'un ovaire scléreux avec de nombreux follicules kystiques du côté droit. Convalescence parfaite. Température la plus élevée 101. Le kyste contenait un liquide clair, aqueux qui pouvait être chassé par l'extrémité utérine lorsque fut enlevée la ligature qui y avait été placée. Seule la moitié externe de la trompe avait pris part à la formation du kyste. Les muscles de ses parois disparaissent graduellement dans la paroi membraneuse du kyste, d'une couleur gris-bleuâtre translucide en beaucoup d'endroits ; le kyste a le volume d'une orange. A la partie inférieure de ce kyste il reste un corps étalé, plus ferme, de tissu non membraneux, il couvre environ un sixième de la surface du kyste et sur ses bords, il se confond insensiblement avec la paroi membraneuse.

L'examen au microscope soigneusement fait, la pièce étant encore fraîche, permet de voir dans ce corps des follicules de Graaf et autres formations ovariennes. La muqueuse de la trompe se continue avec le revêtement du kyste, mais il ne

reste aucune trace de franges soit en dedans soit en dehors des parois, on n'y voit pas de fibres musculaires. L'extrémité utérine de la trompe était aisément perméable et le kyste fut aisément distendu par insufflation. »

OBSERVATION XXX. — Galdspohn (III).

(Traduite de l'anglais).

« M^{me} L..., 32 ans, femme robuste mise à part l'état de son bassin. Réglée à 11 ans, les règles ont été irrégulières revenant chaque mois ou chaque 3 mois, précédées de douleurs violentes jusqu'à l'âge 19 ans ; à ce moment, elles devinrent régulières, mais restèrent toujours difficiles.

A cette époque (dix-neuvième année), elle se maria, elle resta mariée 3 années pendant lesquelles, chaque semaine, lorsqu'elle n'avait pas ses règles on lui introduisit, dit-elle, de la charpie dans le canal cervical. Bientôt après ce traitement, et les règles devenant plus régulières, elle éprouva un nouveau et alarmant symptôme qui fut associé à une régulière dysmenorrhée jusqu'à sa trentième année. A peu près tous les 3 mois et pendant la douleur prémenstruelle elle eut un écoulement aqueux, abondant, si bien qu'elle était souvent désappointée de voir que ce n'était pas le flux menstruel lequel paraissait ordinairement les jours suivants. Cet écoulement d'eau était si abondant qu'elle et ses amis furent amenés à craindre qu'elle n'eut une hydropisie quelconque méconnue des médecins ; elle prenait une décoction de baies de genièvre ainsi que des sels de Carlsbadt durant mars, avril et mai de chaque année pour combattre cette maladie. Les pertes cessèrent 2 ans avant l'opération, mais elle eut chose plus grave, des pertes de sang accompagnées d'une douleur violente et d'une souffrance continuelle dans la région inguinale droite, la vessie, le rectum, les reins, l'estomac et la poitrine.

Examen : On trouve l'utérus d'un volume normal, refoulé dans la concavité du sacrum et à droite. Une tumeur kystique, globulaire du volume d'une tête d'enfant remplit le bassin supérieur du côté gauche et s'étend dans l'abdomen ; elle n'est pas sensible, elle est légèrement mobile, mais ne peut pas être nettement délimitée. Profondément, dans le petit bassin, à la droite de l'utérus déplacé, l'ovaire, avec un kyste qui lui est

attaché peut-être senti extrêmement sensible et immobile. Diagnostic : Au côté gauche : kyste de l'ovaire ; au côté droit ; collection septique tubo-ovarienne.

Laparotomie et ablation des deux le 11 septembre 1895, guérison sans accident. La tumeur la plus volumineuse contenait environ un quart d'un liquide visqueux gris-noirâtre que l'on rejeta comme on aurait fait pour un kyste ovarien ordinaire. La tumeur plus petite droite enlevée « en masse » après un certain nombre de ligatures circulaires dans le ligament large fut reconnue être un kyste tubo ovarien. La trompe a des parois épaisses, elle est semblable à un tuyau de pipe au voisinage de l'utérus ; à partir de là son calibre s'élargit graduellement jusqu'à 10 centimètres de son origine pour déboucher, enfin, par un orifice capable de laisser passer un doigt dans une cavité grosse comme la moitié d'un œuf, dont la paroi est membraneuse dans sa moitié supérieure ; la moitié inférieure ayant la forme d'une coupe au fond de laquelle est l'ovaire étalé et transformé, les bords de celui-ci se perdent dans la partie membraneuse du sac. Les franges ne sont pas reconnaissables, mais les stries nombreuses de la muqueuse tubaire s'étendent sans interruption de la paroi tubaire sur la paroi du sac au-delà de l'orifice de la trompe.

Le gros kyste du côté gauche est globulaire, il a un diamètre de 30 centimètres. Il est parcouru sur les $\frac{2}{3}$ de sa circonférence, en haut par une trompe, semblable à une pipe, plutôt uniformément dilatée mais aplatie ; sa longueur de l'utérus à son embouchure dans le kyste est de 25 centimètres. La portion supérieure du kyste et la trompe sont recouvertes par une commune membrane séreuse qui constitue un court méso pour la moitié interne de la trompe sur la paroi du kyste ; mais dans sa moitié externe (abdominale) elle se perd en-dessous très graduellement dans la paroi du kyste de la même manière que l'uretère dans la vessie, jusqu'à ce que sa lumière s'ouvre par un orifice valvulaire avec un bord libre sur plus de la moitié de sa circonférence vers l'intérieur du sac. La muqueuse de la trompe se continue avec le revêtement du kyste sur cet éperon ; trois délicates franges sont appendues autour de cet orifice flottant dans la cavité du kyste sur une longueur de 1 à 3 centimètres. La plus grande partie de la paroi du kyste est d'une

épaisseur de 1 à 3 millimètres, elle est entièrement formée de tissu conjonctif et de tissu fibreux reticulés. Il n'y a pas de couche muqueuse, il paraît y avoir en deux endroits une partie glandulaire, épaisse de 50 μ environ dans laquelle on trouve des granulations de pigment noir. Le segment interne et inférieur de la paroi du kyste là où l'on a du lier et séparer du ligament large est d'une épaisseur d'un demi centimètre à un centimètre et demi, il y a des formations fibreuses et ressemblant à des noyaux, derniers restes de l'ovaire gauche étalé. »

OBSERVATION XXXI. — Elliot.

(Traduite de l'anglais). Kyste tubo-ovarien (?)

« M^{me} S..., âgée de 39 ans, s'était mariée à 20 ans. Elle s'était toujours bien portée avant son mariage. Un an après, elle eut un enfant. Pendant cette grossesse elle souffrit du côté droit. Après la naissance de l'enfant, elle resta malade couchée pendant plusieurs semaines, elle avait un écoulement blanc fétide qu'elle croyait causé par une partie du délivre qui sortait putréfié.

Depuis lors, elle ne s'était jamais bien porté. Pendant les 2 ou 3 dernières années, elle eut 2 fausses couches. « Elle avait eu l'utérus malade pendant 10 ans », disait-elle, elle avait été traitée par plusieurs docteurs dont un lui avait dit qu'elle avait un « catarrhe de l'utérus ». Pendant les 4 dernières années, elle avait eu 3 graves hémorrhagies qui étaient arrivées à un an d'intervalle environ. D'ailleurs, les règles avaient été régulières mais abondantes. Pendant les 10 dernières années elle avait été infirme pendant les règles. Elle avait des douleurs lombaires qui précédaient ses règles, elle avait aussi des douleurs de ventre et une grande sensibilité. Le côté droit la faisait toujours souffrir et chaque fois qu'elle prenait froid, il était spécialement sensible et douloureux.

Depuis son mariage, elle avait des pertes blanches et depuis 10 ans elle avait eu quelquefois des crises douloureuses dans le bas ventre (6 ou 8 en tout) accompagnées d'un écoulement vaginal fétide.

Trois semaines environ avant que je la vis, elle avait pris froid en travaillant dans son jardin pendant ses règles. Elle commença à avoir une vive sensibilité dans le bas ventre et à

perdre abondamment, elle eut bientôt de la fièvre et fut tout à fait mal. Le 1^{er} mai, le Dr Worcester fut appelé il trouva de la douleur et de la sensibilité dans le bas ventre et la fosse iliaque droite, ainsi que dans l'hypocondre droit et avec cela un peu de défense musculaire. Température 100° F., pouls 100. Il ordonna des cataplasmes, des douches chaudes et de la morphine. Une semaine après, les pertes devinrent très fétides, la douleur et la sensibilité augmentaient et la température s'élevait graduellement.

Le 15 mai, l'état n'a pas changé.

Lorsque je la vis, le 16, elle avait un teint blanc jaunâtre et paraissait tout à fait mal. La température était au voisinage de 100. Elle avait un écoulement sanguinolent abondant et qui était extrêmement fétide malgré les douches fréquentes. A l'examen, je trouvai une tumeur fluctuante qui remplissait le côté droit du bassin et dépassait le pubis de 2 pouces. Cette tumeur était sensible, mais jusqu'à un certain point mobile elle paraissait s'étendre du côté droit du bassin et adhérer à ce côté. On pouvait sentir l'utérus petit est dur, un peu repoussé vers la gauche et légèrement en arrière, mais entièrement distinct de la tumeur.

Le Dr Worcester avait examiné la malade la veille et n'avait pas trouvé la tumeur, elle devait donc s'être développée rapidement. Tout faisait penser à un abcès pelvien ; mais la très mauvaise odeur du sang perdu me conduisit à penser que ce sang devait être retenu quelque part avant de paraître dans le vagin. Comme l'utérus était petit et dur, il me semble que le sang devait venir des trompes, où il était retenu et formait la tumeur que j'avais sentie, mais qu'il s'écoulait lentement par l'utérus et le vagin.

Je confirmai le diagnostic d'inflammation pelvienne du Dr Worcester et donnai mon avis que cette tumeur était probablement un abcès pelvien mais qu'il pouvait y avoir une hémorragie dans la trompe. Je conseillai d'attendre un jour ou deux en observant soigneusement la marche de la maladie et en faisant les préparatifs pour une opération qui s'imposerait bientôt. Le jour suivant, j'étais averti par le Dr Worcester que la température était plus élevée, que la malade n'était pas aussi

bien et avait demandé qu'on se préparât à faire ce que l'on jugerait nécessaire.

Le 18 mai, jour suivant, je trouvai une température de 102,1/2 F., pouls 120. La tumeur avait presque doublé de volume en 2 jours, on pouvait le sentir nettement s'étendant presque jusqu'à l'ombilic. L'écoulement impur de sang s'était presque entièrement arrêté. On remarquait très bien que la tumeur avait grossi jusqu'à empiéter sur le côté droit. Le premier soupçon d'hémorrhagie dans la trompe me sembla être confirmé par le rapide accroissement du volume de la tumeur. Mais cette rapidité dans l'augmentation du volume pouvait aussi se produire dans un abcès et la température élevée faisait certainement penser à la formation de pus. J'étais dans une grande incertitude sur la conduite à tenir, fallait-il aspirer, drainer la tumeur par le vagin ou faire la laparotomie.

Le Dr Worcester préféra la laparotomie. Je me décidai pour la laparotomie, croyant que j'avais à faire à une trompe, mais pensant que s'il retournait d'un abcès, je pourrais drainer plus complètement.

L'opération fut faite dans une petite cuisine. J'avais bien porté mes instruments mais l'opération fut en somme faite à l'improviste, car je n'étais pas préparé pour une affaire aussi sérieuse que celle qui se présentait. Les Dr Culter et Worcester m'aidèrent aimablement et habilement. Une garde malade de l'école du Dr Worcester donna l'éther. Nous avions du sublimé et de l'acide phénique. La cuisine était très claire et nous nous servîmes des ustensiles comme vases pour nos solutions antiseptiques.

En ouvrant le ventre, nous trouvâmes d'abord un kyste du ligament large aussi gros qu'une noix de coco que je vidai avec un trocard. Je trouvai ensuite une grosse masse à parois épaisses, à demi fluctuante remplissant le côté droit du bassin et une partie du ventre. Cette masse n'avait pas de pédicule, elle paraissait émerger comme un bloc hors de la paroi pelvienne. Son ablation me paraissait impossible. Cependant, j'enlevai l'utérus et liai le ligament large droit, ce faisant, je vis que la trompe faisait partie de la tumeur, je commençai alors à diviser dans toutes les directions avec mes ongles. Finalement, avec trois doigts, profondément, dans le cul-de-sac de Douglas, je

réussis à saisir la tumeur par-dessous et par-derrière ; elle commença alors à se décortiquer, mais à ce moment, elle se rompit et nous fûmes inondés par le mélange de sang et de pus qu'elle contenait. Je trouvai enfin que la trompe faisait partie du pédicule. La malade ne perdit pas beaucoup de sang. Les adhérences étaient très sèches et très fortes, évidemment de longue date. La plaie qui résultait de l'ablation était très vaste, le péritoine était enlevé sur un côté tout entier du bassin, le tissu cellulaire était profondément lacéré. Le ligament large tout entier était enlevé avec la tumeur. Après nettoyage, je drainai. L'opération avait duré deux heures. La tumeur était formée par la trompe droite épaissie et hypertrophiée, faiblement dilatée, pleine de pus et de sang communiquant avec un kyste ovarien suppuré formant ainsi un kyste tubo-ovarien. Il y avait aussi un kyste du ligament large.

Après les bons soins du Dr Worcester, la malade guérit rapidement. La température monta à 101° et retomba ensuite à la normale dès le troisième jour lorsque le drain eut été enlevé. La malade ne vomit pas. On ne lui a pas donné de morphine.

Le Dr Fitz, professeur de pathologie « at the Harward medical School » m'a envoyé gracieusement la note suivante :

Cher Docteur Elliot : De l'examen de votre pièce il résulte ce qui suit : La trompe dilatée, tortueuse, allongée avait près de 6 pouces de longueur. Sa paroi avait généralement une épaisseur de un huitième de pouce, au point où commencent les varicosités, elle a une épaisseur deux fois plus considérable. La paroi épaissie était dense et blanchâtre. La muqueuse se confondait avec la couche moyenne. La surface interne était inégale, brunâtre avec des taches de couleur rouge et tabac.

L'extrémité externe de la trompe droite était unie à un kyste en forme de sac de la grosseur d'une petite orange. Il n'y avait pas de démarcation nette entre la trompe et le kyste, on ne voyait plus aucune frange. La cavité kystique et le canal tubaire communiquaient par un orifice d'environ un pouce de diamètre. La paroi du kyste était épaisse, dense, intimement liée à la trompe et au ligament large. Une partie de la surface interne était lisse, injectée, hémorrhagique, l'autre présentait de nombreuses petites dépressions dans lesquelles on trouvait de petites élevures jaunes et molles. Ailleurs on avait un aspect réticulé,

on voyait encore de petites trompes fibrineuses. On ne pouvait y trouver d'épithélium. Lorsque l'on essayait de séparer la paroi kystique du ligament large, elle se déchirait, elle contenait un coagulum homogène. Entre les deux feuillets du ligament large était un kyste à parois minces, du volume d'une orange environ. Sa paroi était lisse, luisante, facilement isolable, il était revêtu d'un épithélium cylindrique.

Diagnostic : Salpingite chronique, kyste tubo-ovarien (?), inflammation aiguë; kyste du parovarien. »

OBSERVATION XXXII. — Robinson.

(Traduite de l'Anglais).

« Il s'agit ici d'un kyste tubo-ovarien que le Dr Franklin H. Martin a opéré et qu'il m'a transmis pour un examen plus complet.

Le Dr Martin avait fait le diagnostic de kyste de la trompe droite, il penchait vers un pyosalpinx; à la laparotomie, il trouva un kyste qui contenait environ 3 onces de liquide. Il y avait beaucoup d'adhérences, il fut cependant enlevé sans grandes difficultés et sans déchirure. Du côté gauche il y avait une sérieuse salpingite et de la pelvipéritonite. Les adhérences autour de l'extrémité de la trompe étaient compactes, la trompe et l'ovaire furent enlevés avec de grandes difficultés.

En examinant de plus près la trompe gauche, on y trouve de la salpingite, de l'endosalpingite. Les parois tubaires étaient épaissies et tuméfiées, des adhérences anciennes et des exudats tapissaient le tiers externe de la trompe, tout cela paraissait dû au gonocoque. L'épaisseur du péritoine était très caractéristique d'une infection par le gonocoque. La malade se plaignait de douleurs depuis deux ans avec exacerbations au moment des règles, elle cherchait un soulagement dans l'opération. Elle avait une histoire nette de gonorrhée, l'état de la trompe confirmait ce diagnostic.....

Le kyste tubo-ovarien avait à peu près la forme d'une cornue. L'ovaire forme la plus grande partie du kyste tant dans sa portion antérieure que dans sa portion postérieure comme on peut le voir à la coupe.....

Le kyste contenait :

1^o Trois onces d'un liquide limpide.

2^o Des cellules épithéliales quelques-unes ciliées. Elles étaient cylindriques, cubiques et aplaties.

3^o Des cristaux en forme de noyaux de prune, de couleur jaune brun, peu nombreux, c'était sans doute des cristaux d'hématoïdine qui indiquaient qu'il y avait eu autrefois du sang dans le kyste.

4^o Une substance gélatineuse, hyaline.

5^o Ça et là sur la paroi des granulations pigmentaires.

Par la chaleur le liquide s'éclaircissait, traité par l'alcool il se formait un précipité blanc qui se redissolvait ensuite. L'acide nitrique donnait un précipité de paralbumine.

En ouvrant le kyste, on voyait sa surface interne lisse tant sur la partie ovarienne que sur la partie tubaire ; on ne pouvait voir de plis tubaires sauf à l'extrémité utérine. On ne voyait pas de franges. La trompe était ouverte du côté de l'utérus, la portion interstitielle était sans doute aussi perméable, dans ces conditions, le kyste pouvait se vider lorsqu'il devenait trop distendu. Il se produisait ainsi par trop plein un écoulement périodique tout comme dans une source qui périodiquement laisse écouler ses eaux lorsque ses réservoirs sont pleins ou que le niveau dépasse une certaine limite. J'ai pu en pressant sur le kyste faire sortir du liquide à l'extrémité de la trompe, goutte à goutte..... Le sillon marqué autour du kyste indiquait la grande part que l'ovaire a pris à sa formation. Le tissu ovarien était serré, dur et fibreux, il était étalé comme un bouclier pour fermer l'extrémité abdominale de la trompe dilatée. Il n'y avait pas trace de franges. Il n'y avait pas de muqueuse dans le tiers externe de la trompe, à peine quelques fibres musculaires, muscles et muqueuse avaient été détruits par la pression constante qu'exerçait le liquide. En y regardant de près, on pouvait voir la transition entre l'ovaire et la trompe. Le liquide était certainement dû à la partie ovarienne, il semblait peu probable que le peu de muqueuse qui existait dans l'isthme fut capable d'entretenir un kyste aussi vaste. »

OBSERVATION XXXIII. — Goodhard.

(Traduite de l'Anglais.)

(*Doran. — Tumours of the ovary.*)

« Je n'ai jamais assisté à une opération de kyste tubo-ovarien, une préparation « in the College of surgeons museum » montre nettement ce que sont ces kystes. Le kyste fut enlevé en 1876 par Goodhard sur une femme débauchée, âgée de 38 ans qui mourut de gangrène à la suite d'une chute.

Les deux trompes sont très dilatées, principalement la trompe droite, qui communique avec l'ovaire correspondant transformé en un kyste de plus de deux pouces de diamètre. Le ligament de l'ovaire pouvait être suivi à la surface du kyste. Il y avait de nombreuses adhérences rompues à la surface de l'utérus, adhérences qui étaient le résultat d'une péritonite chronique. J'ai examiné à nouveau cette pièce et nettement suivi la communication entre la cavité de la trompe dilatée et la cavité du kyste de l'ovaire. »

OBSERVATION XXXIV. — Hennig,

(Traduite de l'Allemand.)

« Dans les pièces que présente Hennig, les franges des trompes sont à l'intérieur de kystes ovariens. La limite entre la trompe et le kyste est marquée seulement par un rétrécissement annulaire. Les étroits canaux qui conduisent des kystes à la cavité utérine, sont libres. Rien ne s'opposait donc à l'évacuation du liquide kystique par le vagin dès que la pression du liquide dans le kyste avait vaincu la résistance de l'isthme et des fibres circulaires de la trompe ou de l'utérus. En effet, Hennig n'avait jamais rencontré sur le cadavre des kystes de l'ovaire aussi mous que ces deux. »

OBSERVATION XXXV. — Freeborn.

(Traduite de l'Anglais.)

« Le kyste de forme ovaire mesure 8 centimètres dans son grand diamètre. Sa surface externe est très irrégulière, sa

paroi est modérément mince. L'examen microscopique y fait voir du tissu ovarien. La trompe, distendue et tortueuse est adhérente à la surface du kyste. A la coupe du kyste et de la trompe, on trouve cette dernière dilatée et s'ouvrant directement dans la cavité du kyste. »

OBSERVATION XXXVI. — Labbé.

« M. Labbé montre un kyste tubo-ovarien du côté droit. La masse était mi-partie solide, mi-partie liquide. A gauche se trouve une tumeur de même nature.

L'utérus, dans un état d'antéversion complète, était immobile. A travers la paroi abdominale on sentait une tumeur bosselée, mais par le toucher on ne sentait aucune saillie anormale dans les culs de sac vaginaux.

La malade, qui présentait ces lésions était entrée à l'hôpital pour une métrorrhagie et avait succombé avec tous les signes de l'infection purulente. L'articulation métacarpo-phalangienne de l'index gauche était remplie de pus. Cette infection était survenue sans causes au moins appréciables. M. Labbé n'a trouvé aucune trace de pus dans les veines du bassin. »

OBSERVATION XXXVII. — Von Ott.

(Traduite de l'Allemand.)

« M^{lle} S. P. L..., 27 ans, vierge, réglée à 15 ans, règles régulières durant trois à quatre jours, revenant chaque trois semaines. Les dernières règles ont eu lieu à l'époque exacte, le 17 janvier 1892. Les premiers signes de maladie remontent à un an, c'étaient des douleurs continuelles à droite dans le bas ventre. Un médecin consulté en attribua la cause à une tumeur qu'il constata et lui dit qu'une opération était le seul moyen de supprimer le mal. C'est ainsi que m'arriva la malade.

Etat actuel. L'examen fait par le rectum (le toucher vaginal était extrêmement douloureux à cause de l'intégrité de l'hymen), il permit de toucher un utérus de volume, de forme et de mobilité normales, il n'est pas sensible à la pression. Les annexes du côté gauche sont normales, l'ovaire est facile à toucher.

Dans le côté droit du bas ventre, existe une tumeur sphé-

rique de la grosseur d'une tête d'enfant, de consistance élastique. Elle est mobile et dans la position de Trendelenbourg, elle peut sans difficulté être déplacée hors du bassin vers le diaphragme. La palpation de la tumeur et aussi son déplacement produisent toujours de vives douleurs qui certainement gênent l'observation précise ; cependant on peut constater les rapports de la tumeur avec l'utérus, et plus spécialement avec la corne droite. Sur ces constatations, on peut établir le diagnostic suivant ; dégénérescence kystique des annexes droites avec complication d'altérations inflammatoires répondant à une torsion du pédicule. Le 7 février 1892, la laparotomie fut faite avec les plus grandes précautions antiseptiques. On vit qu'il y avait un kyste du parovarium en rapports intimes avec la trompe dilatée. L'ovaire était complètement séparé de la tumeur il était seulement deux ou trois fois plus gros que normalement, recouvert par places de néomembranes, il renfermait un petit kyste de parois translucides. Le pédicule du kyste, assez large mais court, constitué par une partie du ligament large fut lié et la tumeur enlevée.

L'ovaire gauche parut normal, il fut conservé. La trompe gauche est plus courte que normalement et présente un étranglement dans sa partie moyenne. Là, elle est effilée jusqu'à n'avoir plus que la grosseur d'un fil de soie, elle est obstruée. Il y a torsion. La trompe s'élargit de chaque côté du rétrécissement et sa partie externe qui ressemble à une olive est fixée par son extrémité externe à une place où l'on rencontre habituellement le ligament « infundibulo-pelvicum ».

Il n'y a pas d'adhérences autour de la trompe gauche. Cette trompe liée est enlevée. La paroi abdominale fut réunie par trois plans de suture. La convalescence fut apyrétique et il n'y eut aucune manifestation du côté de la plaie. Quatre jours après l'opération, parurent les règles, elles furent normales et indolores. Le 2 mars la malade sortit complètement guérie.

En examinant soigneusement la pièce, on se rend un compte exact des rapports des parties qui la constituent. La trompe, l'ovaire et le parovarium sont faciles à différencier.

On voit que l'ovaire complètement isolé comme nous l'avons dit, n'entre pas dans la constitution de la tumeur.

La trompe a une longueur normale, à partir de son extrémité

utérine, elle devient sinueuse et se dilate peu à peu dans son extrémité frangée. Sur presque toute sa longueur elle est confondue avec le kyste du parovarium. A la place des franges, la trompe porte trois nettes saillies, entourées par un faible réseau vasculaire et un revêtement de fausses membranes qui se voient sur toute sa longueur, elles agglutinent les diverses parties de son unique sinuosité et la fixent aussi au kyste. La surface de celui-ci est aussi recouverte des mêmes fausses membranes qui ont été en partie détruites pendant l'opération mais qui adhèrent encore cependant en partie à la surface du kyste. Lorsque la tumeur fut ouverte, on vit que sa face interne était complètement lisse, tapissée par un épithélium vibratile. La cloison qui sépare le kyste de la trompe est à peine de l'épaisseur d'une feuille de papier, elle est déjà par places si amincie que le liquide contenu dans la trompe peut communiquer avec celui qui est contenu dans le kyste.

Sur la surface interne de la trompe dilatée, on ne voit rien de particulier à part quelques légers épaissements en forme de plis dans la région des franges.

Cet état anatomique ne se laisse interpréter que comme un kyste tubo-ovarien et nous avons devant nous le stade dans lequel les deux cavités (trompe dilatée et kyste du parovarium) commencent à se fusionner. »

Nous arrivons maintenant à une observation, celle de Beale. plusieurs auteurs, entre autre Spencer Wells, la citent ; elle nous paraît vraiment trop obscure pour qu'il soit possible de dire s'il s'agit réellement de kystes tubo-ovariens.

OBSERVATION XXXVIII. — Beale.

(Traduite de l'Anglais.)

(Spencer Wells. Traduct. P. Rodet.)

Femme mariée 30 ans mourut dans le service de Beale à King's Collège Hôpital d'une affection chronique du rein.

Ménopause depuis 1 ans, pas d'affection utérine antérieure, pas d'enfant.

Autopsie. Deux tumeurs, une de chaque côté de l'utérus. Celle du côté gauche est sphérique, du volume d'une petite orange et contenait un liquide, à sa face supéro-interne on voyait un canal sinueux mais non uniformement dilaté, il était fermé à son extrémité utérine, tandis qu'à son extrémité ovarienne il s'ouvrait dans un kyste plus grand; ce canal n'est autre que la portion utérine de la trompe et le kyste était constitué par une dilatation du pavillon. La tumeur du côté droit était plus petite et la partie interne de la trompe, dilatée d'une manière uniforme, constituait un canal de 8 millimètres de diamètre, comme celui du côté gauche il communiquait avec le kyste par un orifice circulaire lisse.

De chaque côté le rétrécissement du canal s'observait au dehors de l'utérus à cet endroit où les trompes étaient réduites à l'état de simples cordons fibreux : l'orifice des pavillons était également fermé et ceux-ci dilatés en forme de kystes arrondis. Chaque kyste avait des parois minces et contenait un liquide brunâtre. On ne pouvait apercevoir l'ovaire gauche; l'ovaire droit était ramolli et compris dans la paroi du kyste mais sans communiquer avec lui.

Il ne restait aucune trace de parenchyme de l'ovaire mais simplement un kyste à contenu semi-fluide de couleur chocolat.

L'utérus avait un aspect normal : mais on ne voyait pas les orifices des trompes à l'endroit où ils existent normalement; la face péritonéale était intacte et il n'y avait aucune adhérence signe d'inflammation antérieure.

Nous allons enfin citer, à titre documentaire, quelques observations de malades présentant des écoulements et une tumeur qui diminue lorsqu'apparaît l'écoulement. Les auteurs ont cru, sur ces constatations, pouvoir faire le diagnostic de kyste tubo-ovarien. Nous avons déjà dit ce que nous pensions de ces diagnostics, qui ne reposent sur aucun signe exclusif et qui n'ont subi aucune vérification anatomique.

OBSERVATION XXXIX. Richard.

« (Obs. I.) — Une jeune dame de province, d'une vingtaine d'années, vit, il y a deux ans, à la suite d'un accouchement naturel se déclarer par les parties génitales externes, l'issue d'un liquide séreux. Cette évacuation se produisait dans le principe, huit ou dix fois par jour par un flot brusque, quelle que fut la position de la malade, et la somme quotidienne du liquide excédait un litre. Son médecin, placé à la tête d'un hôpital de province, s'assura que le liquide venait de la cavité utérine et cependant la matrice offrait son volume ordinaire; il reconnut, de plus, dans le côté droit, l'existence d'une tumeur peu considérable. Deux mois après l'accouchement, les règles reparurent et ne modifièrent en rien l'écoulement séreux qui, durant l'éruption menstruelle comme dans ses intervalles, continuait avec les mêmes caractères.

Huit mois après le début de cette singulière affection, au mois de juillet 1855, les symptômes persistant, mais avec une certaine diminution, la malade se rendit à Paris pour consulter M. Paul Dubois. M. Paul Dubois, m'en parla à cet époque, et en vue de mon mémoire qu'il connaissait sur les kystes tubo-ovarien, il se livra à un examen soigné propre à fixer la source de l'écoulement. Il acquit la preuve qu'il s'agissait là d'une des tumeurs récemment décrites. A ce moment la jeune dame ne perdait plus que trois fois par jour un flot de liquide, et ces émissions avaient lieu à des heures à peu près fixes. M. Dubois voulut profiter de l'instant où, selon toute probabilité, ce liquide allait s'écouler. Ayant fait placer la malade sur son canapé, les jambes écartées, il introduisit une sonde de gomme élastique dans la cavité utérine, aucun liquide ne sortit : au bout de 10 minutes, un petit flot se fit voir brusquement par la sonde, et versa dans un vase 120 gr. de liquide séreux.

L'analyse en fut faite par M. Bouchardat, qui n'y reconnut que de l'eau avec une petite quantité de sels minéraux et des traces seulement d'albumine. En même temps l'abdomen, soumis à une palpation attentive, montra à M. Paul Dubois, vers le côté droit, un peu au-dessous de l'ombilic, une tumeur de la grosseur d'un œuf ou d'une petite balle. Les dimensions de l'utérus parurent normales.

J'ai reçu dernièrement une lettre du médecin de la malade. L'écoulement séreux intermittent continue presque avec la même abondance ; les règles apparaissent toujours mais irrégulièrement. La jeune dame est singulièrement affaiblie et en proie à un état nerveux inquiétant. En cette grave occurrence, notre très distingué confrère se demande si par l'utérus, il serait possible d'agir sur la poche, ou si au contraire, on pourrait s'opposer à l'issue du liquide pour dilater la poche tubo-ovarienne, et la rendre accessible par l'abdomen. »

OBSERVATION XL. — Richard.

« (Obs. II.) — Une dame âgée de 67 ans, après avoir éprouvé durant plusieurs mois, de vives douleurs vers tous les organes pelviens, fut contrainte, à la suite d'une dernière crise beaucoup plus violente que les autres, de venir réclamer des soins à Paris.

Le docteur Debout porta naturellement son examen vers le bas-ventre, il reconnut un utérus normal, mais déjeté un peu de côté par une tumeur qui occupait la région iliaque gauche.

Cette tumeur, d'une mollesse fluctuante, avait une forme oblongue qui frappa tout de suite M. Debout, car il avait assisté à la lecture de mon mémoire sur les kystes tubo-ovariens et m'avait même cité plusieurs observations curieuses de recueils étrangers, dont l'abouchement des kystes ovariens dans la trompe semblait lui fournir l'explication. Donc, sur l'aspect de cette forme allongée, interrogeant la malade, il apprit d'elle que, en 1848, elle avait perdu par le vagin, durant trois jours, une quantité assez considérable de liquide semblable à du blanc d'œuf clair.

D'après cet ensemble de symptômes et de renseignements, M. Debout établit pour diagnostic l'existence d'un kyste tubo-ovarien évacué une première fois, mais dont la réplétion nouvelle provoquait les phénomènes douloureux qu'il avait à combattre. La malade était opiniâtrement constipée ; administrant de l'opium sous forme de gouttes noires, M. Debout n'hésita pas à augmenter pour quelques jours encore cette constipation. Il finit, en effet, par donner après cela un purgatif, comptant que sous la pression énergique des matières au moment de leur débâcle, la poche tubo-ovarienne se ferait jour de nouveau par

l'utérus. Ce plan, si bien combiné, ne réussit qu'à la deuxième tentative; pendant les efforts de défécation, il s'établit par le vagin un écoulement de liquide gluant, d'une couleur ambrée, « me rappelant de tous points, dit M. le Dr Debout, les caractères du contenu que j'ai souvent observé dans ces kystes ovarique ». En même temps disparurent chez la malade les douleurs de forme névralgique qui la tourmentaient. Le flux vaginal dura juste une année et cessa en novembre 1863. Depuis cette époque, la santé est bonne, et aucune répétition du kyste ne s'est manifestée. »

OBSERVATION XLI. — West.

(Traduite de l'Anglais. — Traduc. Mauriac.)

« La malade était une femme mariée de 26 ans, dont l'abdomen commença à grossir six ans avant son admission à l'hôpital. Après avoir acquis un volume considérable, le gonflement disparut tout à coup à la suite d'un écoulement profus qui eut lieu par le vagin. Le même fait se reproduit huit ou dix fois. Le liquide de l'écoulement était incolore; il sortait à flots; sa quantité s'élevait à plusieurs quarts. La soudaineté de son irruption produisit parfois une faiblesse qui allait jusqu'à la syncope. Cette évacuation était parfois provoquée par des efforts de défécation, mais communément elle avait lieu sans cause excitante. Je me suis assuré moi-même de la présence d'une tumeur fluctuante; quatorze jours après elle disparaissait soudainement, puis elle était en train de se reformer dans les trois semaines suivantes, lorsque je perdis la malade de vue.

Ces symptômes étaient si caractéristiques qu'il y avait toute raison de croire qu'il s'agissait d'une communication du kyste avec la trompe de Fallope. L'utérus était parfaitement mobile et élevé dans la cavité pelvienne; aucune ouverture n'existait dans le vagin et même, on n'y pouvait sentir distinctement une tumeur; mais elle flottait évidemment dans la cavité abdominale, où elle n'était fixée, comme les tumeurs ovariennes non adhérentes, que par les annexes utérines allongées. On ne sait pas bien comment se produit la communication entre l'ovaire et le tube..... »

OBSERVATIONS XLII et XLIII.

(Citées par Spencer Wells).

(Traduct. P. Kodet).

« 1^o Il y a quelques années, je voyais une dame en consultation avec M. Arthur. Vaste kyste dit ovarien. Le jour où l'on se disposait à faire une ponction on constata un écoulement séreux par le vagin, l'écoulement avait apparu brusquement quelques heures auparavant et le volume de l'abdomen diminuait. Le liquide était semblable à du liquide amniotique. On place le spéculum et on voit le liquide sortir de l'utérus. L'écoulement dura plusieurs jours et l'abdomen devenait à nouveau normal. Depuis le kyste ne s'est pas produit. Tout cela tient évidemment à ce que la trompe s'est unie avec une cavité ovarienne.

2^o Cas observé dans la clientèle de M. Anderson. Le jour fixé pour la ponction, la femme envoya dire qu'elle perdait beaucoup d'urine et que son malaise avait disparu. Ecoulement continuait c'était un liquide fortement albumineux, contenant des cristaux de cholestérine. La maladie continua sa marche, on observa tout d'abord de l'amaigrissement puis l'embonpoint revint. Six mois après la malade succombait à la suite d'une hémoptysie. A l'autopsie, on trouva un kyste vide avec des parois épaisses renfermant de petits kystes. Il présentait un orifice qui avait laissé passer le liquide. On pouvait très facilement faire passer une sonde d'un certain calibre par la trompe, l'utérus et le vagin. » (1)

Nous ne dirons rien des deux cas de Letenneur, il ne s'agit nullement de kystes tubo-ovariens.

Nous avons vu, cités dans certains livres, les noms de Sachsen, Reed, Boyée, Cullen, Rosthorn. Ces auteurs auraient décrit des kystes tubo-ovariens; il nous a été impossible, malgré tous nos efforts, de retrouver leurs observations.

(1) On ne dit pas ce qu'est devenu l'ovaire; peut-être s'agit-il ici cependant d'un kyste tubo-ovarien.

CONCLUSIONS

1° Les kystes tubo-ovariens sont constitués par des kystes ovariens uniloculaires ou multiloculaires en communication avec la trompe.

2° Au point de vue de leur pathogénie on peut les diviser en deux classes :

A. — La première classe, la plus nombreuse, comprend les kystes tubo-ovariens formés par la communication d'un kyste de l'ovaire avec un hydrosalpinx.

B. — La deuxième classe comprend les kystes tubo-ovariens formés par la communication d'un kyste de l'ovaire avec une trompe qui n'a jamais constitué un hydrosalpinx.

3° Les kystes tubo-ovariens n'offrent pas d'éléments de diagnostic précis.

4° Leur traitement consiste dans l'ablation par la laparotomie.

Vu : LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,

PINARD.

Vu : LE DOYEN,

BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

LE VICE-RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,

GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- BAUCHET. — *Mém. de l'Acad. de Médecine*, 1859, T. xxiii, et
Bul. de la Soc. de Chirurgie, TX.
- BEAUCAMP. — Ueber Tubo-Ovarialschwangerschaft, Inaug.
Dissert., Berlin, Juin, 1884.
- BLASIUS. — *Commentatio de hydropse ovariorum profluente*,
Halle, 1834.
- BOIVIN (M^{me}) et DUGÈS. — *Traité pratique des maladies de*
l'utérus et des annexes. Paris, 1833. *Atlas*.
- BURNIER. — *Zeitsch f, Geb. und Gyn.*, 1880, Bd. V, p. 357 et
1881, Bd. VI, p. 90.
- DORAN. — *Brit. Méd. Journ*, 1887, p. 781.
— — *Tumours of the ovary*, p. 168.
- ELLIOT. — *Amer. Journ. of Obstet.*, 1887, p. 141.
- FALK. — Ein Fall von Tubo-Ovarialschwangerschaft, Berlin,
1887.
- FRANK. — *De Curandis hominum Morbis*. Lib. VI. Tübingen,
1811.
- FREEBORN. — *Amer. Journ. of Obstet*, 1895. Vol. XXXI, p.
722.
- GALDSPORN. — *Amer. Journ. of Obstet*, 1896. Vol. XXXIV, p.
647.
- GOODHARD, — *Transact. Lond. Obset. Soc.*, 1887, p. 280.
- GOTTSCHALK. — *Centralblatt für Gyn.*, 1891. N° 22, p. 458.

- GRIFFITH. — *Trans. Obstet. Soc. of London*, 1^{er} juillet 1887, in *Brit. Med. journ.*, 1887, p. 1277.
- HENNIG. — *Monatsch für Geb.*, 1862, t. xx, p. 128.
- HILDEBRANDT. — Die neue Gynak Universitätsklinik zu Königsberg. Leipsig, 1875, p. 109.
- LABBÉ. — *Bul. de la Soc. Anat.*, mai 1857, p. 141.
— — Leçons de clinique chirurgicale, 1876.
- LEGUEU. — Comptes rendus de la société d'obstét. de Paris, juin, 1899.
- LETENNEUR. — *Gazette des Hôpitaux*, 1859. N° 13, p. 50-51.
- LOBER. — *Dissert. Inaug.*, Berlin, 1885.
- MARTIN. — Die Krankh. du Eileiter. Leipsig, 1895.
- MORGAGNI. — Lettre XXVIII.
- OLSHAUSEN. — Die Krankh, der ovarien. Stuttgard. 1886, p. 59.
- ORTHMANN. — *Arch. f. pathol. Anat. u. phys.*, CLV, 2.
- POZZI. — Traité de gynécologie.
- REBOUL. — *Dissert. Inaug.* Berlin, 1885.
- RICHARD. — *Mem. de la Soc. de Chirurgie*, 1853, t. III, p. 124.
- RICHARD. — *Bul. de l'Acad. de Médecine*, 10 février 1857, t. xxii, p. 356.
- RICHARD. — *Bul. gén. de Thérap.*, 1857, t. lii, p. 152.
- ROBINSON. — *Amer. Journ. of Obstet.*, 1891, t. xxiv, p. 1311.
- ROKITANSKY. — *Allg. Wien. med. Zeit.* 1859, n° 35.
- ROSTHORN. — *Centrabl. f. Gyn.* 1891, p. 515, et *Verhandl. der deutschen Gesellsch. f. Gyn.*, 1891, p. 327.
- RUNGE-THOMA. — *Archiv., für Gyn.*, 1885. Bd. 26, p. 72.
- SACHSEN. — Ueber Hydrop. Ovarii profluens in *Médiz. Beobach. und Bemerk.* 1839. Bd. II, q. 207.
- SCHAFFER. — *Zeitch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. xvii-II-I.
- SCHENTAÜER. — *Wien. Allg. Méd. Zeitung.* 1865, Bd. x, p. 333.
- SCHNEIDEMUHL. — *Deutsch. Zeitsch. f. Thiermed. u. Vergl. Pathol.* 1883, Bd. 9, p. 79.
- SCHRAMM. — *Centrabl. f. Gyn.*, 1890, n° 53, p. 593.

- SCHRAMM. — *Arch. f. Gyn.*, 1891, Bd. 39, p. 16.
SPENCER WELLS. — *Traité des tumeurs de l'ovaire et de l'utérus*, 1883, p. 20 et 21.
TERRILLON. — *Progrès médical*, 1888, n° 49, p. 472.
THORNTON. — *Transact. of. the obstet. Soc. of. London*, 1879, t. XXI, p. 119. (Traduct. P. Rodet)
VON OTT. — *Centr. f. Gyn.*, 1892, n° 37, p. 721.
VULLIET. — *Revue méd. de la Suisse romande*, mars 1884 et *Arch. f. Gynak.* Berlin 1883-1884. Bd. XXII.
WACHSMUTH. — *Dissert. Inaug.*, Halle, 1885.
WEIT. — *Lehrb. du Frauenkr. Gotingen*, 1870, p. 633.
ZAHN. — *Arch. f. pathol. anat. u. phys.* CLI.
ZWEIFEL. — *Arch. f. Gyn.*, 1891, Bd. 39, p. 353.

BUZANÇAIS (INDRE), IMPRIMERIE DEVERDUN ET JAGUIN.
